CARMEN-ADELLA SÎRBU
Coordonator

VADEMECUM ÎN CARIERA MEDICALĂ

EDITURA UNIVERSITARĂ

Vademecum în cariera medicală

Carmen-Adella Sîrbu
(coordonator)

Vademecum în cariera medicală

EDITURA UNIVERSITARĂ

Bucureşti, 2016

Redactor:
Gabriel Constantin

Tehnoredactor:
Gabriela Anghel

Coperta:
Gabriela Anghel, Cosmin Joian

Editură recunoscută de Consiliul Naţional al Cercetării Ştiinţifice (C.N.C.S.)
şi inclusă de Consiliul Naţional de Atestare a Titlurilor, Diplomelor şi
Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
Vademecum în cariera medicală / coord.: Carmen-Adella Sîrbu. – Bucureşti:
Editura Universitară, 2016
Conţine bibliografie
ISBN 978-606-28-0466-4

I. Sîrbu, Carmen-Adella (coord.)

616

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786062804664

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate,
nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul autorilor

Editura Universitară
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, Bucureşti
Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuţie: tel.: 021-315.32.47 /319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE
comenzi@editurauniversitara.ro
O.P. 15, C.P. 35, Bucureşti
www.editurauniversitara.ro

„Dedic această carte părinților și fratelui meu,
pentru minunata familie pe care mi-au oferit-o!“

Motto:
„O călătorie de o mie de mile
începe cu un singur pas.“
— Lao Tzu

Cuprins

1. Prolog 11

2. Cuvântul coordonatorului – Carmen-Adella Sîrbu 13

3. Prezentarea colaboratorilor – Carmen-Adella Sîrbu..... 17

4. Suntem pregătiţi pentru o carieră medicală? – Carmen-Adella Sîrbu..... 23
4.1. Definirea carierei 23
4.2. Etapele carierei 26
4.3. Consiliere și strategii în carieră..... 38
4.4. *Curriculum vitae*, scrisoare de intenţie/ motivare, interviul..... 44

5. Întrebări la începutul călătoriei – Carmen-Adella Sîrbu 57
5.1. Cum voi suporta anumite fobii? 57
5.2. Am o sănătate optimă pentru a face faţă cerinţelor? 58
5.3. Trebuie să îmi fac probleme din pricina inteligenţei?..... 63
5.4. Putem vorbi despre sexism în cariera medicală?..... 65
5.5. Facultatea de Asistenţă Medicală sau cea de Medicină?.... 66
5.6. Cât voi câștiga într-o profesie medicală?..... 69

6. Oportunităţile statutului de student – Iulia Alecu..... 75
6.1. Procesul Bologna 75
6.2. Programul Erasmus +..... 79
6.3. Calitatea educaţiei 84
6.4. Voluntariat pentru o lume mai bună..... 85
6.5. O reţetă imperfectă…..... 90

7. Arta de a te împrieteni cu timpul – OCTAVIAN SÎRBU 99
7.1. Definirea timpului 99
7.2. Ciclul vieţii prin prisma timpului 101
7.3. Arta gestionării timpului 103
7.4. Timpul de lucru în sistemul medical 113
7.5. O zi de spital 116
7.6. Blocul operator – între vocaţie şi conştiinţă 122

8. Cum învingem stresul? – RĂZVAN ROŞULESCU 129
8.1. Introducere 129
8.2. Conceptul de stres 130
8.3. Implicaţiile stresului 133
8.4. Metode de adaptare la stres 140

9. Standarde ocupaţionale, profesiograme şi caracteristici de personalitate în formarea medicală – GABRIEL CONSTANTIN, ADINA-MIHAELA ANDREIU 151
9.1. Răscrucile în formarea medicală 151
9.2. Standarde ocupaţionale şi profesiograme 157
9.3. Psihologia carierei şi evaluările de personalitate 163

10. Tehnologia modernă în educaţie şi medicină – ADINA-MIHAELA ANDREIU 175
10.1. Importanţa tehnologiilor moderne 175
10.2. Evoluţia tehnologiei moderne în medicină 181
10.3. Avantajele utilizării tehnologiilor moderne în educaţie şi medicină 184
10.4. Limitele utilizării tehnologiilor moderne în educaţie şi medicină 190

11. Ştim să comunicăm? – MAGDALENA BUDIŞTEANU, CARMEN-ADELLA SÎRBU 195
11.1. Conceptul de comunicare 195

11.2. Comunicarea student-profesor 200
11.3. Comunicarea în medicină 205
11.4. Comunicarea unei lucrări ştiinţifice (licenţă, masterat, doctorat etc.) 212

12. Etica universitară – Magdalena Budişteanu 221
12.1. Codul de etică 221
12.2. Consiliul de etică 227
12.3. Etica cercetării 228

13. Răspunderea profesională în domeniul medical – Beatrice Gabriela Ioan 243
13.1. Introducere 243
13.2. Răspunderea civilă 244
13.3. Răspunderea penală 259
13.4. Răspunderea disciplinară 265

14. Leadership în sănătate – Cristina-Florentina Pleșa, Monica Țânțu 277
14.1. Considerente generale, definirea leadership-ului 277
14.2. Funcţiile leadership-ului; rolurile liderului 282
14.3. Stiluri de conducere 285
14.4. Surse ale autorităţii liderului 288
14.5. Luarea deciziilor în leadership 292

15. Imaginea publică, vizibilitatea și notorietatea în managementul carierei tale medicale – Gabriel Constantin 301
15.1. Întrebări de început 301
15.2. Ce este și cum se formează imaginea ta publică 303
15.3. Un motiv important ca să te intereseze imaginea ta: concurenţa mare din domeniul medical 309
15.4. Exemple practice de imagini publice în sănătate 311
15.5. Vizibilitate și notorietate în domeniul medical 314

15.6. Tendinţe în lumea medicală privind mecanismele de construire a imaginii, vizibilităţii şi notorietăţii 316
15.7. Ce poţi să faci singur(ă) pentru imaginea ta? Ghid minimal de autogestionare a imaginii publice..... 321

16. Satisfacţie şi motivaţie în profesiile medicale. O abordare din perspectivă sociologică – ANA-MARIA PREOTEASA 329
16.1. Cum se intersectează medicina cu zona socială? 329
16.2. Sistemul de sănătate și situaţia profesioniștilor din domeniul medical în România 331
16.3. Principalii factori în satisfacţia profesională..... 334
16.4. Soluţii/strategii pentru creșterea calităţii vieţii personalului din domeniul medical..... 340

17. Epilog – CARMEN-ADELLA SÎRBU 355

1. Prolog

Am citit cartea „Vademecum în cariera medicală“ coordonată de dna doctor Carmen-Adella Sîrbu și mărturisesc că am fost profund impresionată. Este o îmbinare perfectă de reguli scrise și nescrise ale profesiei medicale, de note legislative, dar și de îndrumări care vin în sprijinul înţelegerii complexităţii și frumuseţii unei profesii dedicate sănătăţii oamenilor, indiferent că cei care o practică sunt medici sau asistenţi medicali.

Mă bucură în același timp faptul că a reușit să coaguleze printre colaboratori atât medici, în diferite etape ale evoluţiei profesionale, cât și psihologi, sociologi, cadre didactice din universităţi, altele decât medicina dar foarte strâns legate de aceasta.

Efortul de sistematizare a unor importante teme pentru formarea profesională medicală s-a concretizat în acest ghid pragmatic, scris cu căldură și umor, pentru îndrumarea explicită a tinerilor dornici să îmbrăţișeze nobila profesie a halatelor albe, dar, în același timp, și a celor care sunt deja „înrolaţi“.

Și, nu în ultimul rând, este un portal deschis spre publicul larg, care astfel poate înţelege mai ușor tot ceea ce reprezintă corpul medical în societatea românească, devotamentul, loialitatea, dăruirea și dorinţa continuă de perfecţionare care îi caracterizează pe „chinuiţii nemuririi“, așa cum definea Victor Papilian breasla medicilor.

Cartea e scrisă cu profesionalism dar și cu emoţie, cu dorinţa de a transmite toată experienţa profesională de o viaţă. Se reliefează relaţia specială pe care o are cadrul didactic Carmen-Adella Sîrbu cu studenţii și rezidenţii pe care îi îndrumă, cărora le oferă permanent un model de mentor modern, care îmbină la superlativ cunoștinţe

profesionale, capacitatea de a conduce studii clinice și de a realiza lucrări științifice, dar și talent pedagogic și *social skills*.

Cu atât mai mult mă onorează să scriu prefața acestei cărți, cu cât regăsesc în ea tot entuziasmul colegilor mei de facultate dr Carmen-Adella Sîrbu, dr Octavian Sîrbu, dr Gabriel Constantin – psiholog în prezent – și mă bucură că Medicina Militară și Spitalul Militar Central reprezintă creuzetul unei generații de excepție!

General de brigadă medic
Conferențiar universitar dr **FLORENTINA IONIȚĂ-RADU**
Comandant Spitalul Universitar de Urgență Militar Central
„Dr Carol Davila" București

2. Cuvântul coordonatorului

„Majoritatea eșecurilor din viață sunt ale oamenilor care nu-și dau seama cât de aproape sunt de succes, atunci când renunță."

— Thomas Edison

Există în viață numeroase cumpene, intersecții importante în care te oprești și te întrebi oare care este drumul pe care ar fi bine să-l alegi. Aceasta în cazul fericit în care ai o destinație și cunoști punctul terminus, pentru că, așa cum spunea Seneca, „dacă nu știi în ce port vrei să ajungi, nici un vânt nu îți este favorabil!". Decizia devine cu atât mai importantă cu cât este vorba despre propria carieră.

În cei peste 20 de ani de activitate ca medic neurolog clinician, am întâlnit adolescenți sau părinți de adolescenți pe care i-am întrebat despre copii și ce ar dori să facă aceștia în viață. Puțini au fost cei care cunoșteau răspunsul, în ciuda oportunităților și a pleiadei de profesii existente!

Medicina, arta vindecării, suscită un viu interes în populația generală, fiind o profesie dinamică, stresantă, cu suspans, incertitudini, uzură, emoții, suferință, bucurie. Dovadă stă și cel mai longeviv serial, *General Hospital,* care a rezistat timp de peste 40 de ani, inclus în 2007 în topul 100 al celor mai bune seriale din toate timpurile. În același top se află și serialul *E.R. (Emergency Room)* din 1994, totalizând 15 sezoane. Succesul lor se datorează și faptului că au încercat să reproducă situațiile tensionate întâlnite zilnic la camera de primiri urgențe, dar și trăirile medicilor și asistenților care lucrează în acest

mediu. *Doctor House,* desemnat în 2008 cel mai urmărit serial TV din lume, și *Anatomia lui Grey* sunt alte exemple în acest sens.

Așadar, o carte despre profesia medicală în care să descriem diferitele aspecte ale acesteia, fără pretenţia de a fi exhaustivi, este binevenită pentru consilierea în carieră. Predând cursul despre managementul carierei medicale, am observat că mulţi tineri au ajuns acolo absolut din întâmplare și nu din vocaţie sau din convingere, de multe ori alţii fiind cei care le-au decis soarta.

Așa cum spunea medicul american de origine indiană Atul Gawande în cartea „Pe muchie de cuţit – însemnările unui chirurg despre o știinţă imperfectă", medicina este o profesie îndrăzneaţă, dar o știinţă imperfectă, cu schimbări permanente ale nivelului de cunoaștere, cu erori și riscuri. Pe lângă știinţă vorbim de experienţă, deprinderi, intuiţie sau fler. Pentru a oferi pacienţilor o îngrijire optimă, este nevoie de practică și cunoaștere, iar avalanșa poluării informaţionale este năucitoare, ajungând ca la deplina maturitate profesională să avem acumulată de câteva ori mai multă informaţie decât în timpul facultăţii sau al rezidenţiatului.

Cartea se adresează deopotrivă atât viitorilor medici, cât și viitorilor asistenți medicali, având preocupări comune. Fără această echipă, actul medical nu ar putea fi îndeplinit, iar sistemul medical nu ar fi funcţional.

Pornim de la motivaţiile care există astăzi pentru o carieră medicală, încercăm să răspundem câtorva întrebări despre aceasta, arătăm avantajele unor profesii de viitor. Sunt abordate teme precum oportunităţile statutului de student, arta managementului timpului și al stresului. Alte capitole la fel de importante sunt cele legate de etica universitară, de deontologia medicală, comunicare, lidership în sănătate, notorietate și satisfacţie profesională, acestea aducând elemente originale în literatura română de specialitate.

Este bine ca drumul către succesul profesional să înceapă cu o introspecţie ce detectează calităţile şi defectele fiecăruia. În acest fel, munca va fi cea care va aduce un venit existenţial, dublat de libertate, satisfacţie, provocare, independenţă şi împlinire. Domeniul medical este unul al reuşitelor dar şi al eşecurilor, al vindecării sau al infirmităţii, al durerii sau al bucuriei, al deciziilor dificile, al responsabilităţii şi devotamentului faţă de semeni, al curajului raţional, al intuiţiei.

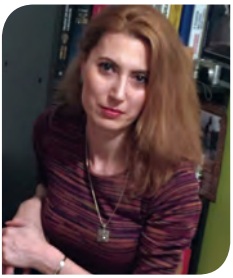
Alegerea carierei medicale este influenţată de statutul social înalt al profesionistului, preţuit de comunitate pentru serviciile aduse oamenilor. Studiile sociologilor demonstrează că profesiile de medic şi asistent medical, rămân cele mai respectate, în percepţia populaţiei, fiind urmate de cele de profesor şi cercetător.

Astfel, citind acest ghid, veţi călători pe tărâmul fascinant al carierei medicale şi vă veţi alege profesia fără ezitări, lamentări, sau regrete.

De asemenea aşteptăm sugestiile, comentariile, părerile, experienţele voastre de viaţă şi carieră pe adresa *sircar13@yahoo.com*, sau pe cele ale coautorilor, expuse în capitolul despre colaboratori. Să pornim la drum! Călătorie plăcută!

3. Prezentarea colaboratorilor

Doresc să vă prezint echipa colaboratorilor, care au primit cu mare bucurie propunerea de a contribui la scrierea unui ghid despre cariera medicală, profesioniști aflați în diferite momente ale propriei împliniri profesionale. Numitorul comun este perseverența, promptitudinea, performanța și altruismul, fiecare reprezentând câte un model moral și profesional pentru tinerii aflați la început de drum. Vă mulțumesc!



Iulia ALECU, licențiată a Facultății de Filologie, București, 2003. A urmat în cadrul Universității București masterul de antropologie culturală, etnografie și folclor, 2006-2007. Este doctorand al Universității Valahia, în domeniul managementului internațional, din 2014. În prezent activează în Departamentul relații internaționale și este coordonator instituțional Erasmus, în cadrul Universității „Titu Maiorescu" din București. (iulia.alecu@utm.ro)

Adina-Mihaela ANDREIU este licențiată în Științe ale Educației, specializarea pedagogie, în cadrul Universității din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației. Este studentă la masterul de consiliere școlară și dezvoltarea carierei, urmând în același timp și cursurile de licență cu specializarea pedagogia învățământului primar și preșcolar. În

prezent studiază cursurile de certificare a consultantului în carieră GCDF. A fost voluntar activ al Organizaţiei Salvaţi Copiii, iar acum este membru voluntar al Asociaţiei de Tineret Onix, în cadrul căreia a participat la proiecte naţionale cât şi internaţionale. (andreiu.c.adina.mihaela@gmail.com)

Magdalena BUDIȘTEANU este medic primar neurologie pediatrică din 2006, medic coordonator al Laboratorului de Cercetare Psihiatrie in cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Prof. dr Alex. Obregia“, București. De asemenea este cercetător ştiinţific gr. II din 2001; în prezent activează în cadrul Laboratorului de Genetică Medicală – INCD „Victor Babeș“, București, și este șef de lucrări la Facultatea de Medicină, Universitatea „Titu Maiorescu“, București. Este implicată în cercetarea patologiei neuropediatrice. A participat la peste 20 proiecte naţionale și internaţionale, a publicat peste 45 de articole în reviste de specialitate. (magda_efrim@yahoo.com)

Gabriel CONSTANTIN, licenţiat în psihologie, promoţia 1995 a Facultăţii de Psihologie, Sociologie și Psihopedagogie, Universitatea din București, este absolvent al Universităţii de Medicină și Farmacie „Carol Davila“ București, 1989. Este consultant și trainer specializat – cu o experienţă de peste 15 ani – în comunicare și în imagine publică în domeniile corporatist, bussines, nonguvernamental și politic. Expertiza lui în comunicarea politică include și campanii electorale pe toate palierele (locale, parlamentare, prezidenţiale), cu specializare pe imaginea publică de

personalități și supraspecializare în persuasologia aparițiilor live și tv. În domeniile corporatist, bussines și nonguvernamental asociază și o experiență relevantă în materie de resurse umane și în conceperea-livrarea de cursuri și traininguri de comunicare, persuasiune, vânzări, management, management de proiect, management resurse umane. (gabbi.constantin@yahoo.ro)

Beatrice Gabriela IOAN este profesor universitar la disciplina Medicină legală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“ din Iași, și medic primar legist la Institutul de Medicină Legală din Iași. A absolvit Facultatea de Medicină a UMF „Gr.T.Popa“ în 1993, Facultatea de Psihologie a Universităţii „Al. I. Cuza“ în 2002 și Facultatea de Drept a Universităţii „Mihail Kogălniceanu“ din Iași în 2012. În anul 2003 a obţinut titlul de doctor în ştiinţe medicale și deține titlul de master în bioetică dobândit în anul 2004 la Case Western Reserve University–SUA. Este vice-președintă a Comitetului de bioetică al Consiliului Europei și membră a International Bioethics Committee al UNESCO. Este autoare a numeroase cărţi și lucrări ştiinţifice în domeniile medicinei legale și bioeticii. (ioanbml@yahoo.com)

Cristina Florentina PLEȘA este absolventă a Universităţii de Medicină și Farmacie din Târgu-Mureș, promoţia 1997. În perioada 1997-1998 a fost medic stagiar la UMF Târgu- Mureș, iar din 1998-2002 medic rezident medicină de familie, centrul universitar București. Între 2002-2006 a fost

medic rezident neurolog la Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti. Din 2014 deţine titlul de doctor în medicină. În prezent este medic primar neurolog la Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central „Dr Carol Davila“ Bucureşti şi colaborator al Universităţii „Titu Maiorescu“ Bucureşti – Facultatea de Medicină. (plesacristina@yahoo.com)

Ana-Maria PREOTEASA, doctor în Sociologie din 2009 (Universitatea Bucureşti), este cercetător ştiinţific II în cadrul Institutului de Cercetare a Calităţii Vieţii – Academia Română. Are experienţă didactică în cadrul Universităţii Bucureşti, Facultatea de Asistenţă Socială (1998-2008), unde a predat cursurile şi seminariile de Metode şi tehnici de cercetare în sociologie (lector universitar). Are expertiză în domeniul ocupării şi a politicilor de ocupare, politici sociale, calitatea vieţii şi grupuri vulnerabile. A fost implicată în numeroase proiecte naţionale şi internaţionale de cercetare în calitate de cercetător sau coordonator. Are o experienţă bogată în cercetarea sociologică (metode cantitative şi calitative). Este autor sau co-autor a peste 30 de articole, cărţi, rapoarte sau capitole în cărţi. Este în prezent membru în colegiul de redacţie al jurnalelor Calitatea Vieţii şi Sociologie Românească. (anita@iccv.ro)

Răzvan ROŞULESCU, este absolvent al Universităţii de Medicină şi Farmacie „Carol Davila“, din 2010. Începând cu 2011 a fost rezident în specialitatea cardiologie, prin concurs naţional, în Clinica de Cardiologie-Aritmologie a Centrului Clinic

de Urgenţă de Boli Cardiovasculare al Armatei. Din ianuarie 2016 este medic specialist cardiolog. Este doctorand în endocrinologie cu tema „Implicaţiile sindromului de apnee în somn în sindromul metabolic“. Este asistent universitar titular la Catedra de fiziologie a Facultăţii de Medicină Generală a Universităţii „Titu Maiorescu“ din București. „Doresc să mulţumesc întregului colectiv pentru oportunitatea de a participa la această lucrare cu totul deosebită. În speranţa unei lecturi interesante și constructive, pentru o viaţă profesională cât mai împlinită, vă doresc succes, răbdare și înţelepciune.“ (rosulescu.razvan@ymail.com)

Octavian SÎRBU este din anul 2002 medic primar cardiolog la Spitalul Judeţean de Urgenţă Ploiești și din 2014 coordonator UTIC. A absolvit Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“ București, în 1989. A urmat rezidenţiatul prin concurs în cardiologie (1995-2000) la Spitalul Clinic de Urgenţă Floreasca și Institutul de Boli Cardiovasculare Fundeni. Are competenţă în managementul serviciilor de sănătate, experienţă în cercetare clinică, organizare și conducere. A fost medic expert la Centrul Naţional de Perfecţionare și Pregătire Superioară de Specialitate în Nursing, București (1995-2000), și medic expert la Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, București (2001). A publicat lucrări de specialitate și a coordonat cursuri de perfecţionare la nivel naţional. (octaviansirbu@yahoo.com)

Monica ŢÂNŢU este lector universitar doctor la Universitatea din Pitești, Facultatea de Științe, Departamentul de asistenţă medicală și kinetoterapie. De asemenea este asistent șef Secția de chirurgie plastică, microchirurgie reconstructivă și arsuri, Spitalul Judeţean de Urgenţă Pitești, din 2002. În perioada 2007-2010 a fost director îngrijiri medicale la același spital, iar în 2011-2012, director de îngrijiri medicale la Muntenia Medical Hospital Pitești. În 2007 a absolvit masterul în managementul serviciilor de sănătate, iar din 2014 este evaluator în cadrul Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate. (tantumonica@yahoo.com)

Cosmin JOIAN a efectuat desenele acestei cărţi. Din 2015 este student la Universitatea Naţională de Arte București. A absolvit Liceul de Arte Plastice „Nicolae Tonitza“ București, promoţia 2015. A avut numeroase expoziţii dintre care menţionăm: expoziţie de grup la Clubul „Aida“, organizată în 2014 de Inspectoratul Școlar al Municipiului București, expoziţie de grup realizată în cadrul Comitetului Economic și Social European, „So long ago in the future“, Bruxelles 2015, expoziţie de grup Art Gallery Constanţa, 2015. (exo_gabriel@yahoo.com)

4. Suntem pregătiţi pentru o carieră medicală?

Carmen-Adella Sîrbu

4.1. Definirea carierei

„Alege-ţi profesia în funcţie de pasiunile tale şi toată viaţa îţi va fi o fericire. În caz contrar, va fi un chin!“

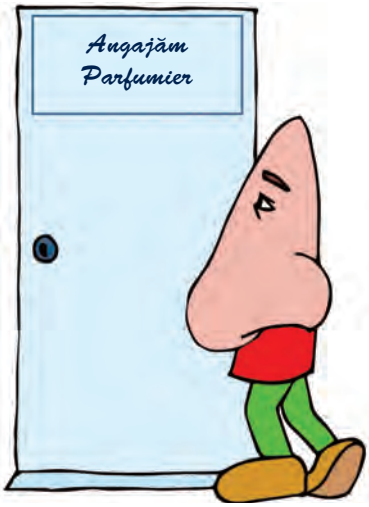
— Confucius

Termenul de *carieră* provine din limba franceză și este înţeles în limba română ca profesie, ocupaţie, iar prin extensie, ca situaţie bună, poziţie în societate [1]. O altă definiţie este timpul cât o persoană își desfășoară activitatea într-un anumit domeniu; etapă, treaptă în ierarhia socială sau profesională.

Conform unei alte surse, cariera este o slujbă pentru care ai fost pregătit și pe care te aștepţi să o faci toată viaţa [2]. Desigur, este o definiţie idealistă, dar foarte importantă, mai ales pentru unele meserii precum cea de creator de parfumuri. Într-adevăr, ar fi optim să poţi profesa toată cariera în domeniul pentru care te-ai pregătit.

Profesia medicală, fie că vorbim de medici, farmacişti sau asistenţi medicali, nu oferă posibilitatea unei schimbări radicale de domeniu de activitate, precum altele. Este o realitate de care trebuie să ţinem cont atunci când ne-o alegem. Într-o societate extrem de dinamică și ofertantă, dar și cu multe provocări, absolvenţii ajung să

lucreze în domenii total noi față de pregătirea pe care o au, sau să își schimbe locul de muncă de mai multe ori, pentru a-și împlini alte idealuri sau pentru a combate monotonia care apare în medie după 20 de ani în aceeași profesie.



Este așa numita *criză profesională*, când se ajunge la apogeu, fără întrevederea altor satisfacţii sau a unor noi provocări. Este momentul în care persoanele mai dinamice se îndreaptă către o a doua carieră [3]. În cea medicală însă, după 20 de ani, poţi spune că eşti în forma maximă și de atunci îţi poţi utiliza experienţa acumulată într-un mod optim și pentru o perioadă cât mai îndelungată.

Cariera medicală este poate una dintre cele mai consumptive, mai jertfelnice dar și mai înălţătoare din câte există! Fiind o profesie care necesită ani mulţi de studiu și formare, nu permite o reconversie după 20 ani de activitate, precum în alte domenii.

Definirea carierei are înţelesuri multiple. Privită sub aspectul mobilităţii, a ascensiunii într-o instituţie, cariera este percepută ca „avansare“; se apreciază că anumite ocupaţii constituie o carieră

(militari, doctori, profesori etc.), alte ocupaţii sunt „proiectate“ drept posturi (ospătar, șofer, vânzător etc.) [4].

O altă definire a carierei aparţine lui Gary Johns: „Succesiune evolutivă de activităţi și poziţii profesionale pe care le atinge o persoană, ca și aptitudinile, cunoștinţele și competenţele asociate care se dezvoltă de-a lungul timpului“. Cu alte cuvinte, cariera este un continuum, are un caracter dinamic, nu static, tot timpul trebuie să acumulezi informaţii, cunoștinţe, să te dezvolţi, iar cariera medicală este poate una dintre cele mai ilustrative în acest sens. Se spune, de altfel, că cei mai buni medici și asistenţi medicali sunt cei care rămân toata viaţa studenţi, în sensul aplecării spre o cunoaștere aprofundată, continuă, temeinică.

Și ca să exemplificăm, ne vom referi la câteva personalităţi care ne motivează pentru acest nobil domeniu medical: prof. dr. Ana Aslan, care în timpul Primului Război Mondial, a îngrijit ca asistentă medicală soldaţii din Iași, ulterior a înfiinţat primul institut de geriatrie din lume (22 ianuarie 1952) unde s-au tratat mari somităţi ale lumii, profitul anual pentru stat fiind de aproximativ 17 milioane dolari [5], [6]; prof. dr. George Emil Palade, primul român care a obţinut un Premiu Nobel, în 1974, el fiind inclus în nucleul mondial al biologiei celulare [7]; prof. dr. Gheorghe Marinescu, întemeietorul școlii de neurologie din Romania [8], cel care în 1925 la aniversarea a 100 de ani de la nașterea lui Jean-Martin Charcot, a fost ales, dintre toţi discipolii, să evoce personalitatea propriului maestru.

Există și un cadru juridic al carierei, conform H. G. 1209/2003 art. 2, aliniatul (1), care definește cariera ca fiind „ansamblul situaţiilor juridice și efectele produse, care intervin de la data nașterii raportului de serviciu până în momentul încetării acestui raport, în condiţiile legii“. Înţelesul curent al conceptului de carieră este pus în legătură cu ideea de evoluţie sau de avansare a unui individ într-un

anumit domeniu de activitate și dintr-o altă perspectivă, aceea de a obține responsabilitate, respect, prestigiu, putere și bani. Observați ordinea enumerării, astfel că numai după ce am dat dovada responsabilității, am obținut respectul, am căpătat apoi prestigiul, dobândim puterea și banii. Este o regulă de care trebuie să ținem seama în carieră. Nu pot să nu amintesc un citat a lui Gheorghe Florescu: „Bogăția și puterea sunt ca apa sărată, cu cât bei mai mult, cu atât îți este mai sete" [9]. Atenție să nu cădeți în capcana *carierismului*! Acesta se definește prin tendința de a parveni cu orice preț și prin orice mijloace [10]. Aici nu mai dăm exemple, căci acestea abundă în toată mass-media, fapt care contribuie din plin la structura socială și profesională actuală. Percepția unui vid de modele morale și profesionale este desigur una falsă. Avem olimpici, medalii pentru români la saloanele de inventică, artiști desăvârșiți care încântă marile scene ale lumii, profesioniști care se fac cunoscuți în afara granițelor țării pentru că aici nimeni nu-i apreciază, promovează și stimulează.

4.2. Etapele carierei

„Ține spre lună. Chiar dacă nu vei reuși,
măcar vei fi printre stele."

— LES BROWN

Așa cum spunea marele gânditor Seneca: „Unii trăiesc fără nici un ideal, fără nici o țintă. Trec prin lume ca niște fire de paie pe un râu. Nu merg ei, ci curentul îi duce." Este bine să ne stabilim un țel și să depunem toate diligențele pentru atingerea lui. Și nu uitați că ușa către succes se deschide întotdeauna dinăuntru! Pentru aceasta

trebuie să parcurgem primele etape în alegerea carierei, respectiv explorarea, încercarea, stabilizarea. Nu contează cu ce viteză înaintăm, totul este să nu staţionăm!

Explorarea începe din copilărie. Este etapa imaginaţiei, a inocenţei, când afirmăm cu naivitate „vreau să devin doctoriţă“ sau „vreau să devin poliţist“. În adolescenţă, opţiunile devin mai plauzibile, prin identificarea capacităţilor proprii în vederea reușitei. Și aici, exemplul personal al membrilor familiei, al mentorilor din școală, din literatura parcursă, sau pure întâmplări ale vieţii, sunt esenţiale în alegerea domeniului.

Bustul lui Seneca (filosof roman – n. cca 4 î.Hr. – d. 65 e.n.)

„Numele meu este… și am 19 ani. Am studiat la școala generală… și liceul economic… Am ales să dau la medicină datorită unui accident. La vârsta de 16 ani am sărit un gard, el s-a rupt, iar o sârmă a reușit să-mi perforeze uretra. Cu

ajutorul medicilor urologi de la spitalul… am reușit să-mi revin. În timpul operației de refacere a uretrei am putut observa tot ce îmi făceau medicii pe un monitor, acest lucru m-a atras și am decis să dau la medicină. Nu am intrat la medicină, însă anul viitor o să intru cu siguranță! Pe viitor o să termin Facultatea de Medicină și specializarea în urologie, pentru a mă putea alătura medicilor urologi de la spitalul respectiv." – student anul I la Asistenţă Medicală Generală (AMG).

Conturarea identității, completarea educației, dezvoltarea propriului sistem de valori se încheie în jurul vârstei de 25 ani, moment până la care explorarea ar trebui să fie finalizată, ca etapă a carierei. Întrebări de genul „care este menirea mea în viață?", sau „care este profesia cu care rezonez cel mai bine?" ar trebui să-și fi găsit deja răspunsul, în urma unei analize privind echilibrul dintre calitățile, valorile, personalitatea individului, stilul de viață și de muncă, pe de o parte, și cerințele profesiei, pe de alta. Ne dăm astfel seama cât este de importantă implicarea dascălilor, a familiei dar și a statului în formarea profesională a elevilor.

„Mereu mi-am dorit un viitor independent, o carieră de medic pe care să o fac cu plăcere. Până în prezent am urmărit să îmi termin liceul și să obțin note destul de bune la examenul de bacalaureat, așa-numitul „examen al maturității". Îmi place să învăț și să descopăr lucruri utile și mai ales îmi place să aflu informații despre corpul uman. Am ales să dau la medicină pentru că este un vis pe care mi-l doresc încă de când eram mică și vreau să mi-l îndeplinesc. Doresc să fac medicină generală și să devin un medic pediatru, pentru că îmi plac foarte mult copiii. Sper ca pe

parcursul anilor de studiu să nu mă răzgândesc, iar dacă o voi face, sper să fie o alegere bună. Eu consider că a fi medic este un lucru foarte important, dar în același timp reprezintă și o responsabilitate la fel de importantă. Eu, personal, am un respect deosebit pentru cadrele medicale, deoarece consider că mai sus de a fi medic, nu există. Sper ca și ceilalţi să vadă adevărata valoare a acestei profesii, dar și frumusețea și responsabilitatea ei." – studentă AMG an I.

Cunoscutul și invidiatul profesor român Florin Colceag, supranumit pe drept „antrenorul de genii", afirmă că este imperios necesară schimbarea mentalităţilor din sistemul educaţional românesc actual, în vederea valorificării potenţialului copiilor și a abilităţilor acestora privind dezvoltarea talentelor și sensibilităţilor native [11]. Matematician, doctor în economie, psihopedagog, președintele EDUGATE (Consorţiul Român pentru Educaţia Copiilor și Tinerilor Supradotaţi și Talentaţi) și al IRSCA Gifted Education (Institutul Român pentru Studii și Cercetări Avansate Gifted Education), reprezentant în România al World Council for Gifted and Talented Education, este poate cel mai în măsură să facă aceste aprecieri, având 20 de ani de experienţă în educaţia copiilor supradotaţi și peste 60 de medalii de aur la competiţii internaţionale de matematică.

Desigur există numeroși și la fel de valoroși profesori în ţară care sunt dedicaţi carierei de dascăl și care formează după chipul și asemănarea lor generaţii valoroase. Ceea ce face diferenţa între societăţi este tocmai educaţia (implicit cultura) și sănătatea, de aceea cele două trebuie să reprezinte priorităţi reale și nu formale, ale guvernelor.

Tocmai când revedeam acest capitol (iunie 2016), am ascultat un interviu la *Radio France Internationale* (RFI), cu domnul Marian

Staș, expert în educație, care afirma: „În general, cam 60% dintre cei care dau examenul de bacalaureat îl promovează; doar că se înscriu cam 70% din absolvenții fiecărui an. Ori 60% din 70% înseamnă de fapt cam 42-43% absolvenți care promovează examenul, din cei care în fiecare an își încheie ciclul educațional în liceu. Cu alte cuvinte este un proces extrem de ineficient, cu pierderi enorme din punct de vedere al randamentului și investiției în educație, întreținut ca atare la nivelul politicilor publice".

„Dacă nu-i deprinzi pe copii să muncească, nu vor învăța nici să citească, nici să scrie, nici muzica, nici gimnastica, nici ceea ce cuprinde întreaga virtute a omului: respectul, izvorât din exercitarea tuturor învățăturilor de mai sus" – cum afirma Democrit.

Așadar este util să urmărim activ etapele carierei. Ne vom preocupa pentru deprinderea abilităților necesare construirii ei, proces continuu, longitudinal, dar nu linear [12]. Și să nu uităm că atunci „când îți dorești ceva cu adevărat, tot universul conspiră pentru îndeplinirea visului tău" (Paulo Coelho).

Încercarea este a doua etapă în carieră. De obicei, prima slujbă are o influență persistentă asupra carierei, mai ales dacă impactul este negativ, urmărind individul toată viața. În schimb, dacă oferă satisfacție, are un impact pozitiv, determinându-l să treacă rapid la etapa de stabilizare. Cum spunea scriitorul și umoristul american Josh Billings, considerat al doilea ca notorietate după Mark Twain, „în viață nu e important să ai cărți bune, ci să le joci bine pe cele pe care le ai".

„Cariera ocupă un loc important în viața mea. Din copilărie îmi doream să am o carieră de succes și să merg la un job cu plăcere și nu pentru că trebuie. După terminarea liceului, fiind la profil uman, specializarea filologie, m-am înscris la

examenul de admitere al Facultății de Drept și am reușit să intru. Pe parcursul anilor de studiu, am dezvoltat o pasiune pentru anumite ramuri de drept, pe când, în privința altora, am realizat că nu voi reuși niciodată să îmi impun să îmi placă. Odată cu terminarea facultății, m-am înscris la două studii de masterat, unul în psihopedagogie, celălalt în drept internațional și comunitar, finalizându-le ca șefă de promoție pe ambele. Între timp mă pregăteam și pentru examenul de admitere în avocatură, dar nu cu foarte mare aplomb, pentru că opțiunile nu erau atât de diversificate și nu mă regăseam în niciuna dintre profesiile juridice. Am picat examenul la limită, cu diferența de câteva zecimi și am hotărât să stau un an să mă pregătesc exclusiv pentru examenul acesta. M-am rupt de lumea înconjurătoare și am învățat zilnic cât am putut, dar în fiecare zi constatam că mă transformam într-un robot setat pe niște sarcini, pe care le avea de îndeplinit și pasiunea pentru drept dispărea total. Rezultatele

au fost ceva mai slabe decât anul precedent. M-am autoanalizat cu privire la domeniul în care îmi doresc să activez și m-am gândit ce m-ar face mulțumită să profesez. Concluzia a fost că medicina este cea care m-ar motiva să am o carieră de succes și am înfrânt orice temere de schimbare, avută la sfârșitul liceului." – studentă anul I la Medicină Generală.

De cele mai multe ori, însă, absolvenții își supraevaluează punctele tari, au așteptări nerealiste și fac alegeri neinspirate. Aroganța intelectuală, de exemplu, generează ignoranța, deoarece inteligența nu poate fi un substitut al cunoașterii.

Alteori neîmplinirile sunt cauzate de instituții care nu oferă recompense corespunzătoare, șansa adaptării și integrării în colectiv. În încercarea mai multor posturi, tinerii caută un loc de muncă permanent, care să-i caracterizeze, să se potrivească propriilor valențe și unde să rămână stabili.

„Pentru început, trebuie să menționez că, încă de când eram un copil, am avut înclinații spre științele reale și, în sinea mea, am știut că voi face carieră în acest domeniu. Am urmat secția de matematică-informatică a unui liceu teoretic, iar mai târziu am absolvit cursurile Facultății de Management Economic și masterul de management economic, specializarea administrarea afacerilor. După terminarea studiilor, am lucrat ca administrator de cont la o bancă importantă, am făcut un stagiu de internship în cadrul unei firme de contabilitate și am colaborat cu o clinică de sănătate și prevenție, evident pe partea economică. Odată cu trecerea anilor, am realizat că nu doresc să am o carieră în domeniul bancar sau economic, ci pe plan

medical, așa cum visam din copilărie. Și cum pasiunea face ca munca să nu devină o trudă, ci o plăcere, iată-mă aici la Facultatea de Asistenţă Medicală Generală, la 26 ani, începând un nou capitol al carierei mele. Pentru viitorul apropiat, doresc să aprofundez meseria de asistent medical licenţiat, în Romania, să acumulez cât mai multe informaţii teoretice și să deprind abilităţile practice de care avem atâta nevoie, iar mai târziu voi aplica pentru un job în Canada sau într-o ţară din vestul Uniunii Europene." – studentă anul I AMG.

Stabilizarea este etapa cea mai importantă a carierei, în care are loc procesul acceptării unei anumite profesii, a unei echipe și a unui loc de muncă. Medicii și asistenţii dobândesc experienţe noi în muncă, care pot fi urmate corespunzător de oportunităţi de promovare. Se trece de la relaţia de dependenţă caracteristică stadiului de explorare la o activitate independentă. Discipolul care a lucrat sub supravegherea unui mentor, se desprinde și funcţionează în mare măsură autonom. „Dă-i unui om un castron cu orez și-l vei hrăni o zi. Învaţă-l cum să-și crească propriul orez și îi vei salva viaţa." – Confucius.

Un actor foarte important în primele etape ale carierei este, așa cum spuneam, *mentorul*. Mentorul poate fi de obicei o persoană mai în vârstă, competentă, cu calităţi, cu o viziune de ansamblu, care poate transfera știinţa și experienţa pe care le-a dobândit, către cineva mai tânăr. Discipolul va urma drumul propriului mentor și chiar va încerca să-l depășească. Pentru acesta, însă, este necesar să existe o chimie între cei doi, adică să fie compatibili, să se simpatizeze, să lucreze cu plăcere unul în compania celuilalt.

Numai persoanele înzestrate cu anumite calităţi precum înţelepciune, toleranţă, flexibilitate, răbdare pot face acest transfer de cunoștinţe și experienţă către un discipol, care la rându-i demonstrează

persuasiune, rigoare, dorinţă de autodepășire și, nu în ultimul rând, recunoștință. Este nevoie de inițiaţi, de acei oameni fără de care medicina ar fi alienată, dezumanizată, deservită doar de tehnologia avansată. Aceștia transmit ceva dincolo de informaţii, ceva care nu poate fi exprimat în cuvinte, numit… spirit…, suflet. Dar ce se întâmplă dacă nu avem mentori, dacă ei ne lipsesc? Ne rămân cărţile, cărţile scrise cu pasiune, care transmit acel ceva care să umple golul. Cărţi precum „Ciuma lui Albert Camus", „Vraciul de Tadeusz Dolega Mostowicz", „Cartea de la San Michele" a lui Axel Munthe, „Inima fiului meu" scrisă de Cecilia Anghelescu-Samarghitan, „Regăsirile lui Asclepios" de Pius Brinzeu, „Amor intellectualis" de Ion Vianu, sau „Mâini înzestrate" scrisă de candidatul republican pentru alegerile prezidenţiale din SUA, neurochirurgul Ben Carson, pot fi câteva repere importante.

Fiecare dintre noi trebuie să înveţe cine este, dar pentru aceasta are nevoie de cineva care să scoată campionul din el. Personal, am avut norocul să mă nasc într-o familie de intelectuali, cu bunic primar în perioada interbelică, care a făcut multe lucruri demne pentru comunitatea care l-a ales (primăria – actualul dispensar medical – și extinderea școlii primare). Mama, profesoară de biologie, mi-a transmis și educat latura psiho-pedagogică, sensibilitatea, iar tatăl, avocat, rigoarea, tenacitatea și spiritul justiţiar. Mentorii mei profesionali, dar nu numai, au fost în ordinea cronologică: prof. dr microbiolog Lucia Capitolina Debeleac, acad. prof. dr Constantin Popa, conf. dr medic neurolog Sorin Tuţă, gen.(r) prof. dr Constantin Dumitru Dulcan și încă mulţi alţii pe care-i rog să mă ierte că nu i-am amintit aici, dar care mi-au călăuzit drumul în cariera medicală și universitară și cărora doresc să le mulţumesc.

Avansarea și menţinerea reprezintă cea de a patra etapă a carierei, care, așa cum spuneam, trebuie privită și construită ca un

continuum. Subiectul are în jur de 40 ani și, așa cum arătam deja, poate trece prin ceea ce numim „criza mijlocului de carieră", amplificată poate de evenimente care ţin de individ precum probleme financiare, familiale, de sănătate, care ţin de instituţia unde lucrează precum modificări în organizare, viziune, sau mixte (sindromul burnout despre care o să amintim ulterior).

Ca medic neurolog clinician, observ că atât în companiile private, dar și în cele de stat, indiferent de domeniul de activitate, există o presiune maximă asupra angajaţilor, care ajung să depășească cu mult timpul de lucru statuat prin reglementări naţionale și europene, dar vom dezvolta această constatare într-un alt capitol. Este unul din motivele pentru care unii angajaţi decid să revină la etapa exploratorie, căutând o nouă carieră; alţii își păstrează postul, dar entuziasmul lor este mai scăzut și ca urmare performanţa, succesele sunt influenţate în mod negativ.

„… Am terminat liceul teoretic, după care am suplinit în învăţământ ca educatoare. O perioadă frumoasă în care m-am acomodat și înţeles foarte bine cu copiii și cadrele didactice. După o perioadă de doi ani am început cursurile la școala postliceară sanitară care au durat 3 ani. După finalizarea lor am fost încadrată ca asistentă medicală la un cabinet individual de medicină de familie, perioadă care a durat doar 6 luni, pentru că m-am angajat la spitalul judeţean în unitatea de primiri urgenţe (UPU), unde am profesat meseria timp de 13 ani. A fost un sector greu în care m-am perfecţionat și am avut satisfacţie psihică pe măsură. Venind în contact cu diverse categorii de oameni, am învăţat să mă ridic și să mă cobor la nivelul fiecăruia. M-am acomodat foarte bine cu personalul și am cooperat excelent. După 13 ani de UPU la spitalul judeţean, m-am transferat la un spital de urgenţă din

capitală, unde am avut mari surprize legate de mentalitatea și caracterul colegelor, dar pe parcurs am ajuns să ne cunoaștem. În prezent cooperăm destul de bine. Aici, fiind un alt nivel de muncă, am perseverat și am depășit barierele. Singurul lucru dureros este că vrem performanță dar nu avem cu ce! Asta m-a determinat să-mi perfectez studiile înscriindu-mă la Facultatea de Asistență Medicală Generală. Vreau să îmi îmbunătățesc cunoștințele și să ajung să lucrez într-o altă țară unde îți poți exercita meseria fără nici un impediment. Îmi pare rău că trebuie să fac asta, dar… aici nu putem trăi!!!" – studentă anul I AMG.

Finalul carierei era plasat clasic în jurul vârstei de 55 ani, dar orientările actuale care ţin de creşterea speranţei de viaţă şi îmbătrânirea populaţiei vor mări această limită.

Pentru unii indivizi această etapă corespunde încă unei perioade de creşteri profesionale continue, iar pentru alţii este momentul în care sunt deja la apogeul carierei.

Mai există o categorie pentru care ultimii ani ai carierei pot fi caracterizaţi de declin, din cauza unei îmbătrâniri evidente, a unor probleme serioase de sănătate, sau a absenţei unei pregătiri psihologice. Gândul la pensionare poate produce anxietate, regrete, decompensări. Să nu uităm că poate cel mai umilitor statut la noi este cel de pensionar. Problemele financiare şi dezinserţia socială apărute o dată cu pensionarea accelerează procesul de îmbătrânire şi apariţia bolilor.

Filosoful Constantin Noica spunea cu umor despre bătrâneţe că este „o eliberare formidabilă în vederea creativităţii, scapi de o mulţime de griji organice; de pildă, scapi de dinţi; 32 de dinţi egal 32 de duşmani; când ai scăpat de ei, te poţi ocupa liniştit de filozofie" [13]. Tot el afirma că „bătrâneţea trebuie trăită în forţă, nu în regrete, nostalgii, lamentări".

Este cazul multor personalităţi, precum: Tiziano Vecellio, supranumit „Soarele Veneţiei“, care a pictat cu pasiune după 70 de ani, până când a fost răpus de ciumă, Neagu Djuvara, care publică în continuare cărţi de mare succes deși are 99 ani, Radu Beligan, actorul care la vârsta de 95 ani a primit certificatul Guinness World Records pentru cel mai longeviv actor încă în activitate pe scena unui teatru, prof. dr Leon Dănăilă, care la 83 ani încă este îndrăgostit de neurochirurgie, sau Dan Iordăchescu, longeviv bariton al ţării, ca să dăm numai câteva exemple.

Revenind la această ultimă etapă a carierei, avem grijă ca rolurile încredinţate să fie mult mai reduse, cu o mai mică responsabilitate și efort. Se va pune accent pe informaţiile, consultanţa, raţionamentele sau judecăţile de nepreţuit ale acestor profesioniști.

Personal consider că trecerea de la această etapă la statutul de pensionar trebuie să se facă în mod gradual, treptat, printr-o perioadă de reducere a programului de lucru, în paralel cu deprinderea altor preocupări și a unei bune pregătiri psihologice. Sunt din ce în ce mai puţine exemplele în care tinerii apreciază sfatul înţelepţilor, îi cultivă și le preţuiesc experienţa și prezenţa. În goana lor după glorie rapidă, câștig, faimă, uită repede de unde au plecat, de la cine au învăţat, și-și alungă propriii învăţători. Caracterul… „caracterul fără inteligenţă face mult, inteligenţa fără caracter nu face nimic“ – Cicero.

Așadar, fiecare etapă a carierei este importantă și trebuie privită cu maximă responsabilitate. Și să aveţi în minte permanent cuvintele poetului și eseistului american Ralph Waldo Emerson: „Îmi pare rău, dar nu reușesc să aud ce spui; ceea ce ești și ce faci strigă mult mai tare“.

4.3. Consiliere și strategii în carieră

„Omul înţelept nu-și calculează șansele.
El își fixează ţelul și apoi îl atinge.“

— LAO TZU

Consilierea carierei se referă la serviciile și activităţile care intenţionează să asiste individul, de orice vârstă și în orice moment al vieţii sale, să facă alegeri în planul educaţiei, formării și ocupaţiilor și să-și dezvolte propria carieră [14]. În Romania există în curricula școlară aria „Consiliere și orientare“, dublată de structuri ultraspecializate cum sunt „Centrele de consiliere privind cariera“. Acestea sunt deservite de specialiști în pedagogie, sociologie, psihologie și coordonează etapele de orientare în carieră [15]. Se constată totuși că există un decalaj între cerinţa pieţei și cea a ofertei de formare profesională. Pe de altă parte, frustrările și eșecurile părinţilor se răsfrâng conștient sau nu asupra carierei viitoare a copiilor, generând și un conflict din care rareori copiii ies învingători [16].

„Am 40 ani, sunt căsătorită de 20 ani și am o fiică de 17 ani. Suntem o familie normală, cu mici bucurii și mici necazuri și rate la bănci… Lucrez ca asistentă medicală din 2006 în pneumologie. Înainte am lucrat la secţia de chirurgie plastică și am avut și un contract de 6 luni în Kuweit. Consider că până la vârsta mea nu am făcut chiar atât cât ar fi trebuit pentru carieră. Acest lucru este cauzat de faptul că, imediat după terminarea liceului, am urmat doi ani la Politehnică, unde am ajuns împinsă de la spate de părinţi și în final am renunţat. Am lucrat ca vânzătoare, operator calculator, casieră,

timp în care am făcut o școală postliceală. Fiecare loc în care am lucrat sau am învățat a reprezentat pentru mine o sursă de îmbogățire a cunoștințelor teoretice și a abilităților practice. Nu consider că sunt o „femeie de carieră", dar îmi place să știu cât mai multe în domeniul în care lucrez și sunt convinsă că munca și cunoștințele îmi vor fi retribuite pe măsură." – studentă anul I AMG.

„În opinia mea, pentru a avea o carieră de succes, o persoană trebuie să aleagă cu grijă domeniul de activitate. În primul rând, a fi asistentă medicală a fost dorința mamei mele. Îmi doream să devin jurnalist sau translator. Am optat în cele din urmă pentru liceul sanitar, unde a fost o concurență acerbă. Am absolvit în 1984 și am optat la repartiție pentru un spital nou construit, inaugurat în același an. Am lucrat mulți ani în secția ATI, unde pot spune că am învățat meserie. Era o imensă bucurie să observi cum un pacient vine în stare gravă și, în urma eforturilor întregii echipe (medici, asistenți, infirmiere), pleacă vindecat acasă. Dar era și o imensă tristețe să observi cazuri foarte grave pentru care nu se mai putea face nimic. În 1992, am avut oportunitatea să mă transfer la punctul de transfuzii care deservește toate secțiile spitalului. Lucrând în acest serviciu cu grad ridicat de risc, ai nevoie de multă agerime, abilitate și de încredere în forțele proprii. Cea mai mică greșeală poate costa viața pacientului. Pentru mine este o uriașă satisfacție că am ales această carieră în care, dacă muncești cu seriozitate, vei obține succesul garantat." – studentă anul I AMG.

Reperele de informare, consiliere și orientare trebuie să fie convergente cu obiectivele globale naționale și internaționale, pe termen mediu și lung.

Educaţia pentru carieră include și aspecte care nu sunt, aparent, legate de exercitarea unei profesii, precum viaţa de familie, petrecerea timpului liber, creșterea și educarea copiilor, sistemul de valori și calitatea vieţii, modul de a face faţă situaţiilor dramatice din viaţă (șomaj, privarea de libertate, divorţ, cataclisme naturale, decese etc.) [16].

„Un profesor de filosofie stătea în faţa clasei având pe catedră câteva lucruri. Când ora a început, fără să spună un cuvânt, a luat un borcan mare gol, pe care l-a umplut cu mingii de golf. I-a întrebat pe studenţi dacă borcanul este plin și aceștia au convenit că era. Profesorul a luat atunci o cutie cu pietricele pe care le-a turnat în borcan, scuturându-l ușor. Pietricelele au umplut golurile dintre mingile de golf. I-a întrebat din nou pe studenţi dacă borcanul era plin, iar aceștia au fost de acord că era. Profesorul a luat după aceea o cutie cu nisip pe care l-a turnat în borcan. Firesc, nisipul a umplut borcanul în întregime. I-a întrebat din nou pe studenţi cum stătea treaba, iar aceștia au răspuns în cor „pliiin"! Profesorul a scos de sub catedră două cești cu cafea pe care le-a turnat în borcan umplându-l de această dată complet. Studenţii au râs. După ce hohotele s-au domolit, profesorul spus: „acum aș dori să înţelegeţi că acest borcan reprezintă viaţa voastră. Mingiile de golf reprezintă lucrurile importante pentru voi: familie, copii, sănătate, prieteni și pasiunile voastre. Dacă totul ar fi pierdut în afară de acestea, viaţa voastră ar fi tot plină. Pietricelele sunt celelalte lucruri care contează pentru voi: serviciul, casa, mașina, iar nisipul e restul lucrurilor mărunte. Dacă veţi începe cu nisipul, nu veţi mai avea unde să puneţi mingile de golf și pietricelele. La fel și în viaţă, dacă îţi irosești tot timpul și energia pentru lucrurile mici, nu vei avea niciodată timp

pentru lucrurile importante pentru tine. Acordă atenţie lucrurilor importante pentru fericirea ta. Joacă-te cu copiii, ieși cu soția în oraș la cină, joacă golf, vei avea suficient timp altă dată să faci curat sau să repari cine știe ce dispozitiv. Ai, în primul rând grijă de mingile de golf, ele contează cu adevărat. Stabilește-ți prioritățile, restul e doar nisip." Unul dintre studenţi a ridicat mâna interesându-se ce reprezentau cele două căni de cafea. Profesorul a zâmbit: „mă bucur că întrebi asta, ele vor doar să arate că, oricât de plină ar părea viaţa ta, e loc întotdeauna pentru două căni de cafea, băute împreună cu un prieten." [17].

Orientarea către profesii care presupun automatizare și informatizare dar și spre cele care vizează domenii ale economiei, medicinei, psihologiei, comunicării cât și sectorul administrativ, este din ce în ce mai mare. Este explicabil, deoarece acestea din urmă sunt așa-numitele profesii de impact, considerate cariere cu un statut social apreciat, respectabil [18].

Orientarea către o carieră medicală reprezintă o decizie majoră, care naște întrebări multiple (la unele dintre acestea încercăm și noi să le răspundem într-un capitol special), cărora trebuie să le găsim soluţii printr-o corectă informare. Realitatea curentă demonstrează că este una dintre cele mai dorite și totodată deficitare profesii din ultima vreme, în lume și implicit în Romania. Studiile sunt de lungă durată, necesită sacrificii dar la finele lor apar și beneficiile. Alegerea unei cariere de asistent medical licenţiat sau de medic trebuie cântărită de la bun început. Dacă se dorește finalizarea rapidă a studiilor, cu o minimă investiţie de timp și energie, prima variantă este optimă. Dacă se urmărește o specializare mai îndelungată și atingerea unui nivel de competenţe, performanţe și implicit de salarizare mai ridicat, atunci e indicată cealaltă opţiune.

Cariera medicală asigură o profesie nobilă care ajută oamenii bolnavi, îi vindecă, le ameliorează calitatea vieţii (quality of life-QoL), sau le redă speranţa de viaţă. Vorbim despre o meserie cu conotaţii pozitive, care se desfăşoară într-un mediu elevat de lucru – cabinete, policlinici, spitale, unităţi de cercetare/învăţământ, instituţii publice sau private etc. Colaboratorii au calităţi profesionale, morale de un anumit nivel, de la care avem în permanenţă ce învăţa. Acest domeniu este pe deasupra și foarte ofertant așa cum arătam, în țară, dar mai ales în străinătate.

Dacă veţi considera că vreţi o carieră medicală doar pentru bani și statutul social, atunci nu aţi ales bine calea. Ceea ce învăţaţi și deprindeţi va fi averea voastră pe care nimeni și nimic nu v-o va confisca. Este singura bogăţie care nu se pierde, cea care vă va forma personalitatea, profesionalismul, caracterul și, deci, valoarea. Nu va conta ce haine de firmă veţi purta, ce tip de smartphon veţi avea, sau ce mașină veţi conduce. Gândiţi-vă că părinţii nu vor trăi o veșnicie, iar faptul că v-aţi născut într-o familie mai înstărită sau din contră, modestă, este numai o chestiune de conjunctură. Știm bine că rudele ni se dau, nu ni le alegem. Așadar valoarea fiecăruia îi este dată de propria evoluţie, transformare, desăvârșire umană, profesională și spirituală. Când veţi deveni părinţi, aveţi grijă să nu vă copleșiţi copiii cu daruri multe, bani de-a gata, cumpărând astfel timpul pe care nu îl petreceţi împreună. Vor ajunge să nu se mai bucure de nimic și să le distrugeţi orice motivaţie pentru propriul viitor.

„Am ajuns pe culmile succesului în lumea afacerilor. În ochii altora, viaţa mea este un simbol al succesului. Cu toate acestea, în afară de munca mea, nu prea am alte motive de bucurie. În final, averea este doar o „felie" de viaţă cu care sunt acomodat, obișnuit. În această clipă, zăcând pe patul de spital, filmul vieţii mele mi se perindă prin faţa ochilor. Realizez că

toată recunoașterea, laudele, bogăția de care m-am bucurat au pălit, au devenit fără de sens în fața apropiatei morți. În întunericul camerei, mă uit la luminile verzi de la aparatele care mă țin în viață, aud sunetele mecanice sacadate făcute de ele și simt respirația Zeului Morții apropiindu-se. Acum când am făcut bani cât pentru trei generații, ar trebui să ne concentrăm pe alte aspecte ale vieții care nu au legătură cu partea financiară. Trebuie să fie ceva mai important de atât! Să fie relațiile…, să fie arta, să fie un vis neîmplinit din tinerețe… Fuga non-stop după bani transformă o persoană, cât de normală ar fi ea, într-o ciudățenie asemenea mie. Dumnezeu ne-a lăsat simțurile ca să recepționăm dragostea, sentimentele celor din jur. Și nu iluziile false aduse de averi. Toți banii, toate proprietățile și investițiile din viața mea… nu le pot lua cu mine în mormânt. Tot ce pot lua sunt amintirile scăldate în iubirea dată și primită. Acestea sunt adevăratele bogății care te vor urma, însoți mereu, dându-ți puterea și lumina care sunt necesare să mergi mai departe. Dragostea nu cunoaște distanță. Viața nu are limite. Mergi unde vrei să mergi. Atinge vârfurile pe care vrei să le atingi. Totul se bazează pe 2 lucruri: inima și mâinile tale… atât. Poți să angajezi pe cineva să conducă mașina în locul tău, să producă bani pentru tine. Dar nu poți plăti pe cineva să îndure boala în locul tău. Lucrurile materiale pierdute mai pot fi recuperate. Dar e un lucru care nu poate fi recuperat odată pierdut: viața. Când o persoană intră în sala de operație, va realiza că există o carte pe care nu a terminat-o de citit – „Cartea trăitului sănătos". Indiferent de etapa vieții în care ne aflăm acum, odată cu trecerea timpului, ne vom confrunta cu ziua în care cortina va cădea peste noi. Pune preț pe dragostea pentru familia ta, iubește-ți consortul, prietenii. Poartă-te bine cu tine. Prețuiește-i pe

ceilalţi." – cuvintele celebre ale lui Steve Jobs în faţa unui sfârșit prematur (1955-2011, cofondatorul și CEO-ul firmei Apple Computer).

Așadar, alegerea carierei medicale este o decizie importantă, care implică multă muncă, performanţă, sacrificii, dar care aduce în final satisfacţii depline. Investim anii cei mai frumoși ai tinereţii, dar ne vom înfrumuseţa astfel întreaga viaţă. „Cel care stă la umbră astăzi, o face pentru că a plantat un copac cu mult timp în urmă." – Warren Buffet.

4.4. *Curriculum vitae*, scrisoarea de intenţie/ motivare, interviul

„Fără energie nu poţi merge mai departe;
fără efort nu poţi avea niciun merit;
fără sinceritate nu durează nimic;
fără loialitate nu poţi avea afecţiunea;
fără politeţe nu poţi fi respectat."

— CONFUCIUS

Curriculum vitae este o sintagmă latină care se traduce prin „istoricul vieţii". Forma prescurtata a acesteia, „CV", a fost utilizată începând cu secolul XX [19]. Conform DEX 2009, Curriculum vitae reprezintă o scurtă autobiografie (scrisă) care cuprinde date referitoare la studii, pregătirea profesională, carieră și situaţia familială. Există mai multe moduri de a elabora un CV în funcţie de organizarea și tipul datelor incluse, în funcţie de instituţia care-l solicită etc.

În România, după aderarea noastră la Uniunea Europeană, începând cu 1 ianuarie 2007 CV-ul tip european, Europass-ul, a devenit modelul cel mai solicitat. Pe site-ul *https://europass.cedefop.europa.eu/ro/home*, găsim un adevărat portofoliu profesional, pe care îl putem completa online, în română sau alte limbi, el putând fi stocat în spaţiul virtual, cu posibilitatea de a-l putea accesa oricând dorim să-l trimitem, completăm, modificăm etc.

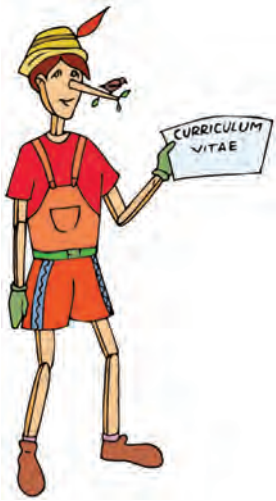
Acest tip de CV cuprinde câteva date pașaportale, respectiv numele complet, adresa, situaţia matrimonială, obligatoriu datele de contact (telefon, e-mail, facebook etc.). Apoi, trebuie completate câteva rubrici referitoare la experienţa profesională, educaţia și formarea profesională, competenţele lingvistice, de comunicare, IT (digitale) și, bineînţeles, cele legate de domeniul nostru de activitate, cel medical. Oricare alte competenţe sunt binevenite, contribuind la reușita profesională. Apoi ne vom referi concret la activitatea desfășurată până la momentul redactării lui privind: publicaţii, prezentări, proiecte, conferinţe, seminarii, distincţii, premii, afilieri, referinţe, citări, cursuri, certificări. Se pot atașa unele documente sub forma de anexe, care să cuprindă titlurile publicaţiilor, participări la întrunirile medicale, cercetări, mai ales când acestea sunt numeroase, pentru a nu încărca CV-ul.

Alte documente se pot anexa sub formă de copii simple sau legalizate în funcţie de cerinţe, cum ar fi cele ale diplomelor și certificatelor de calificare, recomandări de la colaboratori etc. O particularitate a acestui CV este aceea a cronologiei descrescătoare, adică începem relatarea din prezent spre începuturi. Astfel, vom trece poziţia noastră curentă și descrescător vom enumera locurile unde am mai lucrat. Același lucru este valabil și pentru educaţia profesională și se începe cu ultima instituţie absolvită. O fotografie bine aleasă va întregi imaginea despre noi, împreună cu datele din CV.

Pentru cei care vor o carieră în Nord-America, sunt utile sfaturile societăţii MIT Global Education & Career Development (GECD), din cadrul celebrului MIT „Massachusetts Institute of Technology“, al cărui site este: *http://gecd.mit.edu/ jobs-and-internships/resumes-cvs-cover-letters-and-linkedin/cvs* [20].

Un aspect deosebit de important este onestitatea cu care completăm CV-ul și celelalte documente aferente portofoliului profesional. Orice ficţiune, exagerare, omisiune, falsificare, în procesul de aplicare, în speranţa obţinerii unor rezultate favorabile, poate constitui abatere deontologică, morală, etică și legală.

Aproximativ 39% dintre organizaţiile din UK au avut aplicanţi cu nereguli în CV. Există firme specializate care au ca obiect de activitate tocmai descoperirea inadvertenţelor din CV-uri și alte documente trimise în scopul angajării, înscrierii la o formă de învăţământ etc., cum este de exemplu CIFAS din UK, adică Serviciul de prevenire al fraudelor [22]. Conform propriilor date, în 2014, un număr



„Nu îţi termina cariera înainte de a o începe!“ [21].

de 324 persoane au fost urmărite penal pentru aplicări frauduloase în diferite poziţii, faţă de numai 205 în 2013.

În această conjunctură s-a lansat o campanie intitulată „nu îţi termina cariera înainte de a o începe!“. Cu toate acestea, deși pedeapsa maximă pentru astfel de fapte în Regatul Unit este de 10 ani și rămâne la cazier mulţi ani, există în continuare studenţi condamnaţi pentru falsificarea notelor din foaia matricolă, sau cumpărarea unor false diplome de master de pe internet, din dorinţa de a ocupa postul vizat.

Vestea bună este că piaţa de muncă din Romania a făcut posibilă înființarea unor astfel de firme care evaluează concordanţa dintre datele înscrise în CV și realitate. În schimb, nu avem o lege explicită pentru falsificarea CV-urilor, astfel că presa abundă de astfel de exemple ai căror actori sunt de la personalităţi cu sânge albastru, până la politicieni de toate rangurile. Există sancţiuni doar pentru falsificarea actelor care însoţesc CV-ul.

Îndemnul lui Alexandru Vlahuţă, poetul, către fiica sa Margareta, să ne fie călăuză: „Să nu faci nici o faptă, a cărei amintire te-ar putea face vreodată să roșești. Nu e triumf pe lume, nici sprijin mai puternic, nici mulţumire deplină, ca o conștiinţă curată.“

Pentru combaterea unor fapte de acest gen, un rol important îl au organismele pentru consilierea profesională, iar în România acestea sunt tot mai vizibile și active, începând din școli, licee și continuând în universităţi, graţie proiectelor europene. Un astfel de exemplu este Universitatea „Babeș-Bolyai“ din Cluj-Napoca, care are unul dintre cele mai active sisteme de consiliere în carieră pentru studenţi.

Modele de CV se pot găsi pe internet, un exemplu în acest sens este site-ul *http://jobs.edu.ro/*, unde apar toate CV-urile cadrelor didactice care aspiră la un post universitar într-una din instituţiile acreditate în acest scop, din ţară.

Scrisoarea de intenţie /motivare însoţeşte de cele mai multe ori CV-ul. Aceasta completează datele din CV și contribuie la reușită, cele două documente potențându-se reciproc. De obicei este prima citită, fiind scrisă succint și la obiect, stârnind interesul cititorului și pentru CV. Este bine ca ea să fie scrisă de mână, mai ales dacă stăpânim bine gramatica și ortografia limbii în care o redactăm. Scrisul este o fereastră către personalitatea individului, conturând-o împreună cu conţinutul scrisorii și al CV-ului. Nu trebuie să depășească o pagina A4, în ideea că devine plictisitoare și cronofagă pentru persoana care are de citit în general zeci sau sute de astfel de scrisori. Evitaţi șabloanele, încercaţi să fiţi cât mai originali dar onești, surprinzând punctele tari, apelând la unele întâmplări personale care v-au marcat. Acestea vă vor personaliza, individualiza scrisoarea, stârnind astfel curiozitatea interlocutorului pentru a vă cunoaște, deci pentru a vă chema la interviu. Din spatele textului trebuie să transpară vocea fiecăruia. Iată un exemplu cât se poate de concludent în acest sens:

> „*Numele meu este… și sunt student la Universitatea de Finanţe… Ne-am întâlnit cu două veri în urmă la restaurantul… din New York, în timp ce vizitam coasta de Est împreună cu unchiul meu. Vă mulțumesc că v-aţi făcut timp să staţi de vorbă cu mine în seara respectivă. Vă scriu pentru a vă întreba despre posibilitatea unui stagiu pe perioada verii în cadrul companiei dumneavoastră. Sunt conștient de faptul că este neobișnuit ca studenţi la universităţi mediocre precum… să primească internship-uri la…, însă sper că aţi putea face o excepţie. Sunt foarte interesat de băncile de investiţii și nu mi-ar plăcea nimic mai mult decât să învăţ sub tutelajul dumneavoastră. Nu am niciun fel de problemă cu adusul cafelelor, lustruitul pantofilor și cu dusul rufelor la curăţătorii,*

iar în plus sunt dispus să lucrez pe o nimica toată. Cu cea mai mare onestitate, vă spun că tot ce vreau este să fiu în preajma unor profesioniști din industrie și să capăt cât mai multă experiență cu putință. Nu vă voi irosi timpul umflându-mi CV-ul, scoțând la înaintare funcții cu denumiri pompoase și explicându-vă că experiențele mele profesionale din trecut și abilitățile pe care le am se mulează perfect pe cerințele pe care le implică un internship în cadrul companiei dumneavoastră. Adevărul este că nu am abilități speciale de necrezut sau excentricități de geniu, însă am note foarte bune și sunt dispus să muncesc din greu pentru dumneavoastră. Îmi cer scuze pentru caracterul franc al scrisorii mele de intenție, însă sper că veți lua în calcul la modul cel mai serios să mă luați sub aripa dumneavoastră pe parcursul verii care vine. Am atașat și un CV. Nu ezitați să mă contactați la… sau să-mi trimiteți un mail la… Vă mulțumesc pentru timpul acordat." [23].

Destinatarul scrisorii de intenție de mai sus a fost foarte mișcat de aceasta, afirmând că e cea mai bună primită și a popularizat-o printre colegii de pe Wall Street, făcând-o virală.

Conținutul trebuie să menționeze datele de identificare, apoi introducerea, cuprinsul cu câteva fraze și încheierea. Aveți permanent în minte realitatea că angajatorul este cel care are nevoie de voi. De aceea este bine ca să aduceți propuneri, sugestii constructive.

Parafrazându-l pe filosoful Khalil Gibran, „nu întreba ce poate face instituția pentru tine, ci întreabă ce poți face tu pentru ea".

Stimate Domnule Manager,
Vă adresez această scrisoare de intenție ca răspuns la anunțul dumneavoastră pentru postul vacant de asistent medical generalist pe care îl aveți în instituție. Am absolvit, așa cum

reiese din CV-ul anexat, cursurile Universităţii Titu Maiorescu din București. Pe lângă pregătirea teoretică universitară, am beneficiat în primul rând de o practică pe perioada verilor în cadrul Spitalului Universitar de Urgenţă Militar Central „Carol Davila", cu care Universitatea colaborează. Experienţa aceasta mi-a oferit o imagine de ansamblu asupra nursingului și am constatat, cu satisfacţie, că modul de lucru corespunde pe deplin aspiraţiilor mele. Acesta este și motivul pentru care îmi permit să apreciez că răbdarea, punctualitatea, optimismul și pasiunea pentru oameni sunt câteva dintre calităţile pe care aș fi onorată să le pun la dispoziţia echipei dumneavoastră. Doresc să vă mulţumesc pentru timpul și interesul acordat candidaturii mele și cred că oportunitatea unei discuţii vă va da posibilitatea unei aprecieri juste.

Cu deosebită consideraţie,
S.D. – studentă AMG, an IV

Stimate Domnule Decan,
Vă adresez această scrisoare ca răspuns la anunţul publicat pe site-ul universităţii, privind postul de asistent universitar la disciplina nursing general. Am absolvit Facultatea de Medicină Generală, specializarea asistenţă medicală generală, în cadrul Universităţii Titu Maiorescu din București. Consider că în anii studenţiei am acumulat cunoștinţe vaste în domeniul medical, atât teoretice cât și practice. Sunt o persoană cu abilităţi foarte bune de comunicare, dobândite în special prin cursul de psihopedagogie pe care l-am absolvit cu media generală 10, așa cum reiese din certificatul atașat la CV. De asemenea consider că am anumite calităţi necesare pentru un formator, precum: punctualitate, responsabilitate, corectitudine, răbdare, empatie, spirit de echipă. În stagiile de practică

am dobândit abilitatea de a rezolva problemele, de a învăța din experiențe și de a înțelege și empatiza cu cei din jur. Îmi doresc să am șansa de a lucra în instituția condusă de dumneavoastră, unde aș putea să îmi pun în evidență calitățile, capacitățile intelectuale și deprinderile practice dobândite, pentru a îndeplini corespunzător îndatoririle. Dacă veți considera că îndeplinesc cerințele postului, o discuție în vederea detalierii unei viitoare colaborări este oricând binevenită. Menționez că din luna septembrie a acestui an am fost admisă la doctorat în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila" – București.

Cu deosebită considerație, M.U.

Înainte de a definitiva scrisoarea, rugați una, două persoane cunoscute, erudite, s-o citească și să vă dea un feed-back. Majoritatea dintre noi, petrecem un timp îndelungat cu elaborarea CV-ului și redactăm foarte superficial scrisoarea de motivare, descalificându-ne singuri, în acest mod.

Pentru admiterea la diferite școli, universități din străinătate, o piesă esențială a dosarului este eseul motivațional, în care candidatul se autoevaluează și expune interesele personale și profesionale. Comisia de admitere apreciază aceste eseuri mai mult decât diplomele sau foile matricole.

Deși m-am născut în Romania, am petrecut numai opt ani în țară. Din anul 2002 până la începutul acestei veri am locuit în Spania, unde am absolvit liceul cu profil de biologie și chimie. După terminarea acestuia, am urmat o școală postliceală, având ca materii biochimie, hematologie și microbiologie, între altele. Deoarece am studiat în comunitatea valenciană din Spania, pe lângă limba spaniolă, cunosc și catalana. Am obținut și

certificatul oficial în limba engleză cu nivelul B2. Mereu mi-a plăcut să învăţ limbi străine, considerând că aşa pot fi mai folositor celor în nevoie, fără ca limba să fie un impediment. De mic copil am avut un vis şi sunt convins că acest vis va deveni într-o zi realitate… Nu ştiu dacă vă este cunoscut marele neurochirurg Ben Carson din SUA; pe când abia învăţasem să citesc, am avut privilegiul să citesc o carte „Mâini înzestrate" a cărui autor este chiar acest mare om. Recunosc că, pe undeva, asta m-a determinat să înţeleg că tot ceea ce îţi propui ca ţintă, se poate realiza. Până acum am în minte câteva specialităţi care mi se par foarte interesante: dermatologie, oftalmologie, chirurgie plastică, traumatologie, neurologie şi microbiologie. Faptul că încă nu sunt la medicină, este din motive administrative. Motivul pentru care sunt la asistenţă medicală, este faptul că nu suport să treacă un an fără să studiez, iar aceasta este varianta cea mai adecvată care mă ajută în pregătirea mea. Nu renunţ până când nu voi fi admis!

– E.P. – student an I, AMG.

Drumul meu în viaţă

*Numele meu este L.I.; m-am născut în 1968, undeva la ţară. Primii ani ai copilăriei i-am petrecut acolo, în satul lui Zaharia Stancu (*Salcia, Teleorman*). Şcoala generală şi liceul le-am absolvit în liniştea de dinaintea Revoluţiei, la Alexandria. În iureşul care a urmat după 1989, având deja un copil, dar cu sprijinul familiei, am început cursurile Şcolii Sanitare Postliceale. În anul 1995 am absolvit prima promoţie a acestei şcoli, iar în toamna aceluiaşi an am pătruns în lumea complexă a îngrijirii bolnavilor. Bazele profesiei mele le-am pus în Secţia terapie intensivă a Spitalului Judeţean unde am lucrat timp de cinci ani. Acesta a fost locul în care am descoperit importanţa*

noastră ca asistente medicale, locul în care am învăţat majoritatea tehnicilor specifice profesiei noastre. De asemenea, am văzut în ochii bolnavilor suferinţa, dar totodată speranţa că mâine vor pleca sănătoşi. În anul 2000 s-a deschis Secţia de hemodializă. Un grup restrâns de asistente am pus bazele îngrijirii pacienţilor cronici. A fost o muncă solicitantă atât fizic, dar mai ales psihic. Cei şase ani de muncă în această secţie mi-au demonstrat cât este de important pentru noi, dar mai ales pentru ei, să mai răsară şi mâine soarele… Cărarea vieţii m-a adus acum opt ani într-o secţie de anestezie din capitală. Oportunitatea de a urma cursurile UTM mi s-a părut interesantă şi am hotărât că pot face aceasta. Sper să am timp şi putere să folosesc ceea ce acumulez în aceşti ani şi poate sfârşitul facultăţii să fie un nou început pentru mine!

– J.F. – studentă AMG, an I.

Una dintre marile provocări ale omului este să se cunoască pe sine. Cu toţii ne-am dori să trăim în bunăstare, fericire şi în acest sens am fost înzestraţi cu toate calităţile necesare. Astfel că rolul omului pe pământ este să înveţe, să acumuleze experienţe, să devină din ce în ce mai bun. Aceasta mă ajută să ştiu ce îmi doresc şi unde mă regăsesc. Cred că toată lumea s-a gândit cel puţin o dată la acest aspect al carierei. Ei bine, aşa am făcut şi eu, cam de prin clasa a XI-a mai serios, mă puneam în tot felul de ipostaze şi situaţii, pentru a-mi da seama cu adevărat unde îmi este locul şi ce m-ar mulţumi. Am terminat Colegiul Naţional de Informatică, profilul de ştiinţe ale naturii. Mi-am propus să fac medicina, m-am pregătit pentru asta, însă media de la bacalaureat „m-a ajutat" în a rata această şansă. Aşa am ajuns la AMG. În orice domeniu aş lucra, orice aş face, perspectiva mea de viitor este una clară:

trebuie să fiu serioasă, conștiincioasă, să nu tratez lucrurile cu superficialitate, să fiu bună în ceea ce fac, încât să mă iubească și să mă respecte oamenii din jurul meu. Și niciodată nu voi uita că fără credinţă nimic nu se realizează!!!

– P. A. – studentă an I, AMG

Școala de nursing a Universităţii Washington a avut în 2014 157 de candidaţi dintre care au fost admiși 48, 30 au fost puși pe lista de așteptare, ceilalţi 79 au fost respinși. Printre motivele respingerii enumerăm: lipsa experienţei în domeniul medical, nu și-au exprimat concret trecutul profesional, experienţa, scopurile, au făcut afirmaţii contradictorii sau nu au respectat cerinţele eseului [24].

Interviul. Dacă scrisoarea motivaţională și CV-ul au fost captivante și au suscitat interesul, iată-ne invitaţi la interviu, ultima staţie în obţinerea locului dorit. Pentru câteva minute vom fi actori. Toată atenţia va fi îndreptată asupra noastră. Ca atare discursul, ţinuta, atitudinea, hainele, coafura, gesturile ne vor fi atent monitorizate de către experţi. Vorbim desigur de interviul clasic „**faţă în faţă**“, deoarece mai sunt și alte tipuri: **telefonic, cu comisie** de specialiști în recrutări, **de grup**, când sunt chemaţi mai mulţi candidaţi într-un grup, **stres-interviul** utilizat pentru marketing etc.

Există o multitudine de întrebări cărora va trebui să le facem faţă, pe care să le exersăm astfel ca ele să pară spontane. Este recomandat să cereţi ajutor calificat de la un expert în consiliere, iar pentru mai multe informaţii vă recomand cartea „Manualul consultantului în carieră“ a Anei-Maria Andreea Szilagyi [25].

Foarte indicat este să trimiteţi un feed-back în maxim 24 ore de la interviu, în care să adresaţi mulţumirile dumneavoastră, să detaliaţi părţile plăcute ale acestuia, crescând astfel șansele de a rămâne pe listele de așteptare și de a fi chemaţi la un al doilea interviu.

De multe ori vă sunt solicitate scrisori de recomandare de la colegi, șefi, profesori, pe care i-aţi avut. Acest aspect e bine să îl aveţi în minte încă din liceu, pentru a dezvolta relaţii profesionale și colegiale cu anumite persoane care ar trebui să vă cunoască mai bine, putând să fie ele însele autorii scrisorilor de recomandare la momentul potrivit.

În concluzie, acordaţi aceeași atenţie eseului motivaţional/scrisorii de intenţie, alcătuirii CV-ului, interviului și scrisorilor de recomandare, toate constituind portofoliul necesar accederii la o instituţie de învăţământ, bursă, post academic etc.

Bibliografie

[1] Dicţionar enciclopedic, București: Editura Enciclopedică, 1993, vol. I, A-C, p. 327.

[2] Dictionary of Human Resources & Personal Management, second edition, UK: Peter Collin Publishing Ltd, 1997, p. 38.

[3] Drucker, P. F., „Gestionarea propriei personalităţi," în *Managementul carierei*, Bucuresti, Bizzkit, 2012, pp. 29-33.

[4] Manolescu, A., Managementul resurselor umane, ediţia a III-a, București: Editura Economică, pp. 322-323, 2001.

[5] „http://www.ana-aslan.ro/," [Interactiv]. [Accesat 01 03 2016].

[6] „http://www.natgeo.ro/stiinta/sanatate/8410-qelixirulq-a-nei-aslan?start=2," [Interactiv]. [Accesat 03 03 2016].

[7] „http://www.historia.ro/exclusiv_web/portret/articol/emil-palade-fabuloasa-poveste-primului-nobel-rom-nesc," [Interactiv]. [Accesat 03 03 2016].

[8] Barboi, A.C., „Pioneers in neurology – Gheorghe Marinescu (1863–1938)" Journal of Neurology, vol. 252, nr. 1, pp. 114-115, January 2005.

[9] Florescu, G., Confesiunile unui cafegiu, Bucuresti: Humanitas, 2008.
[10] Dicţionar enciclopedic, vol. I, A-C, Bucureşti: Editura Enciclopedică, 1993, p. 327.
[11] „http://www.giftedacademy.ro/," [Interactiv]. [Accesat 03 03 2016].
[12] Silvas, A., Managementul carierei, curs pentru uzul studenţilor, Tg. Mureș: Universitatea „Petru Maior„, 2009.
[13] Pleșu, A., Dilema veche, nr. 500, 12-18 septembrie 2013.
[14] Career Guidance: a handbook for policy makers.OECD, EC, 2004.
[15] „http://www.euroguidance.ise.ro/uploads/6/1/7/7/ 6177451/un_model_deschis.pdf" http://www.euroguidance.ise.ro/uploads/6/1/7/7/6177451/un_model_deschis.pdf
[16] Jigău, M., „Consilierea carierei – un mod deschis și flexibil," Centrul Naţional de Resurse Pentru Orientare, p. 16, 2005.
[17] „http://www.aktual24.ro/lucrurile-importante-din-viata-noastra-lectia-impresionanta-a-unui-profesor/," 18 04 2016. [Interactiv].
[18] „http://islavici.ro/practicastudenti/wp-content/uploads/buletin-informativ-2-4.2.pdf," [Interactiv]. [Accesat 05 03 2016].
[19] „https://ro.wikipedia.org/wiki/Curriculum_vitae," [Interactiv]. [Accesat 23 04 2016].
[20] „http://gecd.mit.edu/explore-careers," [Interactiv]. [Accesat 23 04 2016].
[21] „https://www.cifas.org.uk/research_and_reports," [Interactiv]. [Accesat 23 04 2016].
[22] „https://www.cifas.org.uk/who_can_join_ifd," [Interactiv]. [Accesat 23 04 2016].
[23] „http://www.businessinsider.com/student-sends-great-cover-letter-for-internship-at-bank-and-its-now-going-viral-on-wall-street-2013-1," [Interactiv]. [Accesat 24 04 2016].
[24] „https://dev.nursing.uw.edu/admissions/admissions-recruitment/common-reasons-absn-denial," [Interactiv]. [Accesat 24 04 2016].
[25] Szilagyi, A.-M. A., *Manualul consultantului în carieră,* Iași: Institutul European, 2008.

5. Întrebări la începutul călătoriei

Carmen-Adella Sîrbu

„Dacă găsești un drum fără obstacole, probabil că acela nu duce nicăieri.“

— John F. Kennedy

5.1. Cum voi suporta anumite fobii?

Evitarea anumitor substanţe biologice precum sângele, sputa, urina etc. poate afecta activitatea medicală de zi cu zi, caz în care vorbim despre fobii. Conform DEX 2009, fobia reprezintă o stare patologică de neliniște și de frică obsedantă, lipsită de o cauză obiectivă sau precisă; repulsie, antipatie pentru ceva.

Fobia specifică este cea mai răspândită dintre tulburările de anxietate. Există descrise mii de fobii în prezent, unele dintre ele chiar hilare [1]. Cele mai eficiente și la îndemână mijloace pentru vindecare sunt expunerea treptată și repetată la elementul legat de fobia noastră și familiarizarea cu unele însușiri benefice ale acestuia, acolo unde este cazul. Să luăm de exemplu fobia de sânge, care este una dintre barierele frecvente în calea alegerii carierei medicale. Dacă aflăm că acest nobil fluid transportă în organism oxigenul, nutrienţii, hormonii, produșii de metabolism ce urmează a fi eliminaţi, ne apără de infecţii, reglează temperatura și PH-ul corpului, deja începe să ne fie mai prietenos. Apoi ne expunem progresiv și repetat la urmărirea

unor puncţii venoase şi… suntem deja vindecaţi, ajungând chiar să povestim diferite experienţe legate de sânge în momente diverse cu colegi, prieteni, uneori chiar în timpul mesei.

5.2. Am o sănătate optimă pentru a face faţă cerinţelor?

„Sănătatea nu este totul, dar fără sănătate, totul este nimic!" Pentru că ne alegem o profesie care are în prim plan sănătatea semenilor, noi înșine trebuie să fim într-o stare perfectă fizică și psihică. De altfel, multe instituţii de învăţământ medical au aceste criterii care trebuiesc îndeplinite la admitere. Spre exemplificare iată pe scurt cerinţele unei bune condiţii fizice și psihice, pentru cei care aspiră la un program profesional de nursing în cadrul Universităţii din San Francisco:

- să poată efectua o activitate care se desfășoară frecvent în picioare, sau care presupune parcurgerea unor distanţe mari în timpul programului;
- putere pentru ridicarea pacientului;
- forţă pentru transferul pacientului;
- putere pentru a asigura hemostaza la locul sângerărilor;
- forţă pentru resuscitarea cardiopulmonară;
- auz perfect pentru a răspunde prompt comenzilor verbale;
- rezistenţă fizică pentru a lucra 12 ore în ture;
- simţul vizual integru, pentru a decela obiectele, persoanele, scrisul, culorile etc.;
- simţul tactil integru pentru a discrimina între ascuţit/ rotunjit, sau cald/rece, cu ajutorul mâinilor;
- abilităţi matematice pentru prepararea dozelor medicamentelor și administrarea lor;

- comunicare bună orală și în scris, folosind regulile gramaticale corect, vocabularul adecvat și cuvintele potrivite.
- luarea deciziilor celor mai adecvate și în timpul cel mai scurt, în condiții de stres [2].

Timpurile s-au schimbat, astfel că imaginea nurselor sau a medicilor nu mai este folosită pentru reclamele la țigări. Dacă în 1946 se lansase campania „More Doctors Smoke Camels", la câteva decenii distanță, în 1997, sub presiunea Asociației Medicale din America (American Medical Association), lucrurile au început să capete o altă turnură.

Până în Primul Război Mondial, cancerul pulmonar era considerat o boală rară, pe care cei mai mulți medici nu o întâlneau de-a lungul carierei lor.

În 1924, economistul Irving Fisher scria despre fumat un articol în „The Readers Digest", în care spunea „…tutunul scade tonusul organismului, vitalitatea și rezistența…, acționează precum o otravă, ca opiumul, alcoolul…".

Dar poate efortul cel mai remarcabil pentru campania împotriva fumatului este cel al lui Sir Richard Doll. Între 1951-2001, timp de 50 ani, împreună cu o echipa de cercetători englezi, el a condus un studiu longitudinal pe 34439 bărbați fumători, de profesie medici, cunoscut sub numele de „The British Doctors Study".

Rezultatele au fost publicate în 2004, la vârsta de 91 ani, cu un an înaintea decesului, semnalând observații foarte interesante. Astfel, la bărbații fumători născuți în jurul anilor 1920, rata mortalității specifice s-a triplat, iar pentru cei născuți între 1900-1909, s-a dublat. Întreruperea fumatului la 50 ani înjumătățește riscul de deces legat de fumat, iar întreruperea la 30 ani, îl anulează. În medie, fumătorii mor cu 10 ani mai devreme decât nefumătorii (prin cancer pulmonar, infarct miocardic, accident vascular cerebral, boli respiratorii

etc.). Oprirea fumatului la 60, 50, 40, sau 30 ani, duce la câștigarea a 3,6,9, respectiv 10 ani la speranţa de viaţă.

Dar poate un merit la fel de mare al acestui studiu, este acela de a fi fost cel mai lung studiu observaţional din istorie și a pus bazele unei noi ştiinţe, cea a epidemiologiei [3] [4].

Din 1964, când a fost lansat primul raport privind fumatul și sănătatea (Surgeon General's report: Smoking and Health) și 2014 când s-a lansat de către același forum „ The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress", rata fumătorilor americani a scăzut de la 43% la 18%.Totuși, fumatul rămâne principalul factor de risc modificabil, pentru scăderea morbidităţii și mortalităţii [5].

Un studiu din 2013 pe 422 studenţi la medicină și nursing, din Sicilia, a arătat că prevalenţa fumatului a fost de 38.2%, fiind mai mare la tinerii sub 24 ani (43,1%) și la bărbaţi (46.8%) [6].

Prevalenţa fumatului este mică printre cei 506 studenţi medicinişti, din Laos, mai exact 5.07%, cu predominanţa bărbaţilor [7]. Un alt studiu pe studenţi la medicină generală-180 și dentară -104, din primul an de studiu, din Kosovo, arată că prevalenţa celor care au fumat vreodată este de 53.2%. Numai 8.9% (9.1% băieţi faţă de. 8.7% fete) dintre studenţii la medicină generală și 5.8% (4.8%

B vs 6.5% F) dintre cei de la dentară, fumează zilnic [8]. Nu cunosc să existe date asemănătoare privind studenţii din Romania. Poate unii dintre cititorii acestor rânduri, vor avea curiozitatea să cerceteze (chiar ca temă pentru licenţă)…

Și, în loc de concluzii, nu uitaţi că medicii și asistentele trebuie să facă și educaţie pentru sănătate propriilor pacienţi.

Nu le putem spune cu ţigara în mână că fumatul creşte riscul de boli cardiace de 2-4 ori, de accident vascular cerebral de 2-4 ori, iar de cancer pulmonar de 25 de ori la bărbaţi și de 25,7 ori la femei, conform datelor din 2014 ale Centrului pentru Prevenirea și Controlul bolilor – CDC din SUA [5]! Exemplul personal este cel mai valoros!Cu alte cuvinte, nimeni nu are nevoie de critici, ci de modele!

Fii conștient de faptul că fumând, pierzi sănătate, timp și bani, devii sclavul ţigărilor, victima propriului viciu și îţi pierzi libertatea. Alocând aproximativ 10 minute pentru fiecare ţigară fumată, iar media este de 20 ţigări pe zi, atunci 200 minute/zi, adică peste 3 ore le risipim fumând. Dacă evaluăm preţul unui pachet la 15 lei, costul pe lună va fi de 450 lei, iar într-un an de zile cheltuim 5400 lei, adică aproximativ 1200 Euro, echivalentul unui sejur all inclusiv de o săptămână pentru două persoane!

Costul pe care societatea îl plătește cu aceste vicii este îngrijorător. Astfel, abuzul de alcool a costat sistemul de asigurări de sănătate al SUA 85.8 bilioane $ in 1988, în timp ce fumatul costă peste 65 bilioane anual, iar obezitatea 27 bilioane [9].

Tot mai mulţi angajatori doresc să angajeze nefumători. Motivele sunt lesne de înţeles: viroze respiratorii și alte probleme de sănătate mult reduse faţă de fumători, absenteism de cauză medicală redus, vitalitate și eficienţă maximă etc. Dependenţii de nicotină nu pot începe o acţiune până nu fumează o ţigară! Toată activitatea le este fragmentată de pauzele dese pentru fumat, scăzându-le astfel, randamentul foarte mult.

Scăderea nicotinemiei din sânge, înainte de următoarea ţigară, duce la nervozitate, iritabilitate și compromite relaţiile interumane, fenomen pe care adesea fumătorii nu îl conștientizează.

Fumatul pasiv – *secondhand smoke* (SHS) numit de asemenea și *environmental tobacco smoke* (ETS) se referă la fumul expirat de fumători și cel degajat de arderea ţigării, care de altfel este mult mai toxic, deoarece are o concentraţie mai mare de agenţi carcinogeni conţinuţi în particule mai mici, care ajung mai ușor în plămâni și alte

ţesuturi ale corpului. Copiii sunt cei mai afectaţi de SHS şi cel mai puţin capabili să-l evite, determinând autorităţile chiar să interzică fumatul la domiciliu.

Bolile cauzate de fumat costă cum aminteam miliarde de dolari, curmând sute de mii de vieţi. Președintele Barack Obama semnatarul legii *„The Affordable Care Act" (ACA)*, permite asiguratorilor de sănătate să încaseze de la fumători cu 50% mai mult ca asigurări de sănătate, având două argumente etice – reducerea costurilor societăţii și descurajarea acestui viciu [10].

Am poposit mai mult asupra fumatului, factorul de risc cel mai frecvent întâlnit printre profesioniștii din domeniul medical. Așa cum spunea Josh Billing, *„sănătatea este ca banii, niciodată nu vom avea adevărata idee despre valoarea sa până când nu o vom pierde!"*

5.3. Trebuie să îmi fac probleme din pricina inteligenţei?

Alfred Adler născut la Viena în 1870, a avut rahitism și până la 4 ani nu a mers. A ajuns medic, reușind să fondeze a doua scoală vieneză de psihoterapie. Cugetarea sa a rămas celebră: *„Între dotare și voinţă învinge întotdeauna voinţa!"*.

Conform dicţionarului explicativ al limbii române (DEX) ediţia 2009 inteligenţa reprezintă „capacitatea de a înţelege ușor și bine, de a sesiza ceea ce este esenţial, de a rezolva situaţii sau probleme noi pe baza experienţei acumulate anterior.

Psihologul german William Stern a inventat și introdus conceptul Coeficientului de Inteligenţă-QI în 1912 când omenirea se afla în ajunul Primului Război Mondial. El a lansat teoria înzestrării și a elaborat teste pentru depistarea celor supradotaţi.

Domeniul medical este unul în care sexismul nu își are locul, așa cum se arată în continuare. Astăzi asistăm la o pondere feminină printre studenţii la medicină și mai ales la asistenţă medicală. Mai mult, performanţele fetelor sunt peste cele ale băieţilor, în medie, atât la practică cât și la teorie. Pornind de la această constatare, s-au făcut studii privitoare la coeficientul de inteligenţă (QI) în funcţie de sex și performanţele academice. Se consideră că valoarea lui medie este de 100. Cercetări riguroase au demonstrat că QI-ul se asociază cu factori precum morbiditatea și mortalitatea, statutul social și QI-ul părinţilor.

Un astfel de studiu a fost efectuat în India la o Universitate de Medicină, pe un număr de 140 de studenţi, 90 fete și 50 băieţi, cărora li s-a evaluat inteligența prin testul WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale). Rezultatele au demonstrat că majoritatea fetelor au avut QI-ul sub gradul III (70-85), în timp ce băieţii au avut peste gradul IV (85-115), astfel că s-au plasat mai bine, dar au avut performanţe academice mai modeste decât fetele, confirmând axioma lui Adler. [11].

De reţinut însă că scorul QI poate fi diferit de la un test la altul, folosind același tip de test, sau teste diferite. El este influenţat de o mulţime de factori precum: de mediu, sociali, biologici,etc. Deviaţia standard a scorului este de 15 astfel că structurarea populaţiei în funcţie de acest scor este următoarea: 50% au QI între 90-110, 2.5% au o inteligenţă superioară de peste 130, 2.5% au retard mental cu un QI sub 70, iar 0.5% sunt geniali, cu QI peste 140 [12].

Matematicianul german Karl Friedrich Gauss (1777-1855) a lansat reprezentarea grafică a (probabilităţii) repartizării unor valori în funcţie de o medie standard. Ea poartă numele său, *Curba lui Gauss* și, datorită formei, i se spune adesea „clopotul lui Gauss“ sau „pălăria lui Gauss“ (de la pălăriile bicorn din vremea lui Napoleon). Ea ne ajută să vedem corectitudinea examenelor susţinute de

studenţi. Cu cât eşantionul cu care se lucrează va fi mai mare, cu atât curba se va apropia mai mult de forma „ideală“ [13].

5.4. Putem vorbi despre sexism în cariera medicală?

Este o realitate că istoric vorbind, femeile au acordat asistenţă medicală pe front, îngrijind bravii soldaţi români, dar nu numai. Pornind de la Ecaterina Teodoroiu, Ana Aslan sau Regina Maria și ajungând la Florence Nightingale, prima infirmieră modernă și un statistician important și Virginia Henderson (1897-1996), supranumită și prima doamnă a nursingului, înţelegem că lumea asistenţei medicale a fost dominată de doamne [14].

Spun a fost căci situaţia e oarecum în schimbare, tot mai mulţi bărbaţi dorind să facă această profesie. Până în anii 1960, bărbaţii erau opriţi prin lege să aibă job-uri în nursing, mai ales în SUA și Canada [15]. Statisticile arată că proporţia băieţilor care studiază nursingul este de 5-10%, în timp ce pentru medicină proporţia este de aproximativ 50%. Femeile au fost întotdeauna pionii centrali în furnizarea de nursing, oferind remedii sau îngrijire la domiciliul bolnavilor.

Cu toate acestea, personalul medical a fost dominat de sexul masculin pentru o lungă perioadă de timp. Începând din 1400, în Europa, multe orașe și guverne au decis că pot practica oficial medicina numai cei instruiţi în universităţi, ceea ce era inaccesibil pentru femei. Abia în anii 1900, după multe bătălii, femeile au câștigat dreptul de a studia și de a practica medicina în același mod ca și bărbaţii [16].

Sexismul, adică discriminarea sexuală care funcţionează, de regulă, în defavoarea femeilor și în favoarea bărbaţilor, la nivel

individual, dar şi instituţional, nu mai este o barieră în alegerea carierei, cel puţin în ţările dezvoltate.

5.5. Facultatea de Asistenţă Medicală sau cea de Medicină?

Până în 2022 SUA ar trebui să formeze 1,1 milioane de asistente pentru viitoarele posturi vacante, conform strategiei de management al resurselor umane calificate din sănătate [17]. Dar cifra reală va fi de numai 526,800 asistente care se vor forma între 2012 și 2022 [18]. Cauzele sunt diferite: scăderea fondurilor alocate învăţământului universitar, în ciuda accentuării deficitului de personal calificat, capacitatea insuficientă a facultăţilor pentru școlarizarea suplimentară de studenţi, pensionarea unui contingent important de profesori care au aparţinut generaţiei *baby bloomers*, adică cei născuţi după Al Doilea Război Mondial etc.

Numărul statelor americane cu deficit de nurse calificate va crește de la 5 în 2009, la 30 până în 2030, culminând cu coasta de vest a SUA, unde deficitul va fi de 389 asistente la 100.000 locuitori [19]. Un alt exemplu pentru deficitul forţei de muncă este cel al Noii Zeelande. Astfel, în 2010, 57% din cele 45.460 asistente medicale erau în vârstă de peste 45 ani, iar în următorii 25 ani, jumătate dintre ele (23.000) se vor pensiona. În paralel cu aceste date, populaţia va crește cu 17%, adică la 5 250 000 locuitori. Speranţa de viaţă va crește și ea, populaţia de peste 65 ani va fi tot mai numeroasă, deci va fi necesară o asistenţă medicală sporită [20].

Așadar în nursing, necesarul de profesioniști va fi mare în viitorii ani, un motiv important pentru alegerea unei cariere în acest

domeniu ofertant. Criza resurselor umane se va accentua, iar unele state încearcă să impună măsuri pentru retenţia asistentelor pensionabile în sistem, precum: programe flexibile sau reduse, mijloace alternative de compensaţie, respect și recunoștință, activităţi de educaţie și formare a senioarelor pentru educaţia tinerelor nurse [21].

În privinţa medicilor, un proiect al U.S. Department of Health and Human Services din 2006 relevă că numărul acestora va crește cu 22% până în 2020, faţă de 2005, adică de la 713.800 la 921.500 medici. Numărul de medici la 100.000 locuitori va crește de la 259 la 281 (8%) între 2005 și 2020. Specialităţile cu creșterea cea mai mare vor fi cardiologia (33%) și urologia (30%), iar cele cu creșterea cea mai mică pediatria (9%) și obstetrică/ginecologie (10%) din cauza îmbătrânirii populaţiei [22]. Cu toate acestea, până în 2020, va fi un deficit de medici la nivelul SUA de 85.000-96.000, în timp ce creșterea populaţiei va fi de 18%, cu ponderea seniorilor, așa cum arătam deja.

Nevoia de medici va crește mai mult decât oferta, ajungându-se la un deficit între 46.100 și 90.400 pană în 2025. Deficitul pentru asistenţa primară va fi de 12.500 – 31.100 medici până în 2025, în timp ce pentru asistenţa non-primară acesta va fi de 28.200 -63.700 medici [23].

Conform unui raport din 2014 al Comisiei Europene, deficitul de profesioniști în sănătate va fi de 970.000, din care 230.000 medici, 150.000 dentiști, farmaciști și fizioterapeuţi și 590.000 nurse [24].

Asistentele medicale își spun adesea că oricât ar învăţa, oricâte competenţe și-ar însuși, tot subordonate medicilor vor rămâne. Căutând un răspuns acestei provocări, se apreciază că medicul este centrat pe boală, iar asistentul pe pacient. Nu sunt de acord cu nici una dintre aceste afirmaţii. Atât asistentul cât și medicul fac parte dintr-o echipă de profesioniști și fiecare are propriul loc bine definit. Niciunul nu poate face performanţă dacă nu are parteneri pe măsură. Colaborarea, respectul, devotamentul, aprecierea reciprocă, toate constituie soluţia unei echipe medicale de succes.

Asistentul medical reprezintă segmentul care îngrijește efectiv bolnavii în spital, în funcţie de indicaţiile medicilor. Pacienţii caută unităţi sanitare cu scor mare de evaluare pe partea de *nursing*, adică acele instituţii medicale unde numărul de pacienţi raportat la un asistent medical este cel mai mic! Este o legătură directă între performanţa nursingului pe de o parte și mortalitate și morbiditate de cealaltă parte. Un procent mic de pacienţi spitalizaţi mor în timpul sau la scurt timp după spitalizare. Dovezile sugerează că o proporţie din aceste decese ar putea fi împiedicate printr-o îngrijire medicală mai bună. De exemplu, într-un studiu pe 232.342 pacienţi chirurgicali, 4.535 pacienţi au murit în termen de 30 de zile de la internare; anchetatorii estimează că raportul pacienţi/nursă de 4:1 în loc de 8:1 ar fi putut reduce cu 1.000 numărul deceselor, ar fi putut determina vindecarea și externarea mai rapidă [25].

Asistenta medicală supraveghează problemele de sănătate fizică și emoţională, prin învăţare, consiliere, suport, îngrijire, administrarea prescrierilor medicale, astfel încât să restabilească starea de sănătate, de bine a pacientului. Dacă ea aplică un tratament care provoacă neplăceri pacientului, răspunde pentru aceasta, neputând să se apere prin faptul că a urmat indicaţiile medicului. Practic, pacientul are astfel două sisteme de siguranţă.

5.6. Cât voi câștiga într-o profesie medicală?

Conform datelor Biroului de statistică al SUA, un dentist câștigă în medie 154.640 $/an, sau 74.34 $/oră, un asistent de stomatologie 35.390$/an sau 17.02$/oră, asistenţii medicali 29,960$/an, sau 14.41 $/ora, tehnicienii din domeniul medical 49.310 $/an sau 23.71$/oră, un medic specialist peste 187.200 $/an sau 90.00$/ora [26].

In New Jersey, conform aceleiași surse o asistentă medicală câștigă 29 $/ora, 66.000 $/an, iar un medic 137.000$/an. Așa cum spuneam perioada de studiu diferă, costul educaţiei diferă, vârsta începerii profesiei este și ea diferită, astfel la asistente – 22 ani, la medici 28-29 ani. Rezidentul are salariul anual sub 6 cifre. Retribuţia pentru nurse se raportează la orele lucrate, în timp ce la medici salariul este fix, de obicei fără plata orelor suplimentare și muncesc peste 60 ore săptămânal. O asistentă care lucrează 60 ore/ săptămână poate câștiga 105.000$/an.

Pentru cei interesaţi de nomenclatorul specialităţilor din nursing și salarizare, vă rog să accesaţi paginile:

http://study.com/article_directory/q_p/page/Medical%20and%20Health%20Professions/q_p/Careers_and_Occupations_List.html,

sau *http://www.worldsalaries.org/professionalnurse.shtml*
http://www.worldsalaries.org/generalphysician.shtml

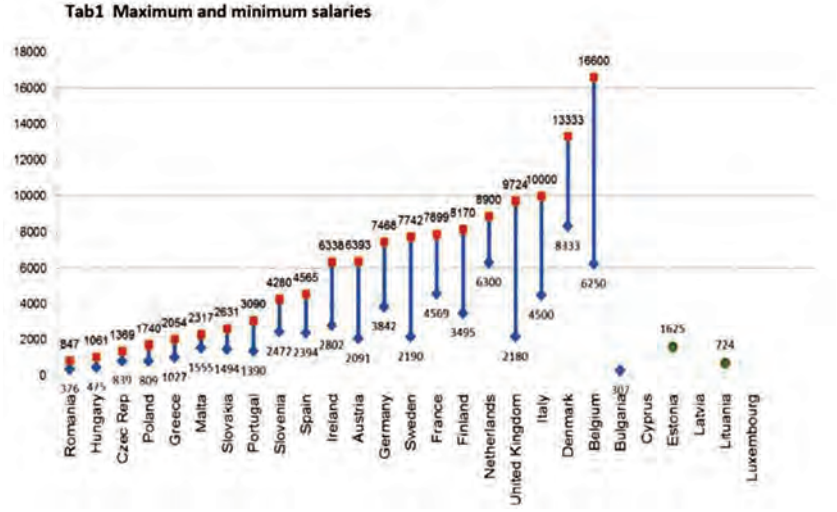


Fig. 5.1 – Salariile minime și maxime ale medicilor din spitale, relevate de un document elaborat în 2011 de FEMS (Federation Europeenne Des Medecins Salaries), intitulat „European Hospital Doctors' Salaries" [27].

În Romania, de ani buni este o dispută între profesioniști, guvernanți și populație, în privința salariilor derizorii ale profesioniștilor din sănătate și plățile informale. Dacă politicul este infiltrat în toate domeniile de la vârful piramidei până la baza sa, iar în 25 de ani de la „Revoluție" la cârma Ministerului Sănătății s-au succedat 24 de miniștri, nu ne mai mirăm că problema nu s-a soluționat încă, pe fundalul „hemoragiei" de medici și asistenți care pleacă în număr mare peste hotare și a nemulțumirii generale în populație. Se apreciază că soluția ar fi de creștere a salariilor medicilor la de trei sau patru ori salariul minim pe economie.

Conform datelor Institutului Naţional de Statistică, salariul mediu era în 1992, în jur de 20.000 de lei (aproximativ 70–75 de dolari), ajungând astăzi la 2.300 de lei brut (690$) și 1.700 de lei net. Astăzi, salariile medii ale medicilor specialiști și primari sunt în jur de 3.000 de lei net lunar, adică 1,7 salarii medii pe economie.

Federaţia Europeană a Medicilor Salariaţi (FEMS), recomandă ca salariul unui medic debutant să fie de două (în ţările cu economie mai slabă) sau trei ori mai mare ca salariul mediu pe economie, raportat la economia ţării unde practică.

Aplicarea legii salarizării unice din 1974, a făcut salariile medicilor, judecătorilor și procurorilor similare, cum afirma dr. Dan Pereţianu într-un articol din Viaţa Medicală. Conform gradului îndelungat de pregătire și a perfecţionării continue, coeficientul de salarizare pentru medici ar trebui să fie mai mare și în nici un caz mai mic decât al magistraţilor și procurorilor, cum este în prezent.

Medicii ar trebui retribuiţi diferenţiat în funcţie de responsabilităţile locului de muncă. În prezent o gardă este plătită aproximativ la fel, indiferent de specialitate și rangul spitalului, gradul de responsabilitate și uzură.

Plăţile informale au înlocuit „onorariile“ medicilor, apărând odată cu naţionalizarea spitalelor în 1948. *„Judecând logic, numai după dispariţia comunismului din sănătate, pot dispărea plăţile informale din sistem. Numărul de medici dintr-o ţară depinde de capacitatea ţării de a-i plăti precum o elită, cu cele mai mari salarii/venituri dintre toate profesiile. De aceea, dacă o ţară nu are bani pentru a-i plăti corect pe medici, va avea medici mai puţini“* [28].

Bibliografie

[1] „http://phobialist.com/," [Interactiv]. [Accesat 06 03 2016].

[2] „http://www.nu.edu/OurPrograms/SchoolOfHealthAndHuman Services/Nursing/Programs/Bachelor-Science-Nursing-BSN-California.html," [Interactiv]. [Accesat 19 03 2016].

[3] „http://en.wikipedia.org/wiki/Health_effects_of_tobacco," [Interactiv]. [Accesat 19 03 2016].

[4] Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I., „Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors," *BMJ. 2004 Jun 26;328(7455):1519. Epub 2004 Jun 22..*

[5] „http://ash.org/wp-content/uploads/2014/01/full-report.pdf," [Interactiv]. [Accesat 19 03 2016].

[6] „http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-25712013000200007," [Interactiv]. [Accesat 19 03 2016].

[7] Sychareun V, Hansana V, Choummanivong M, Nathavong S, Chaleunvong K, Durham J., „Cross-sectional survey: smoking among medical, pharmacy, dental and nursing students, University of Health Sciences, Lao PDR," *BMJ Open 2013;3:e003042 doi:10.1136/bmjopen-2013-003042.*

[8] Çuperjani F, Elezi S2, Lila A3, Daka Q4, Dakaj Q1, Gashi S5., „Tobacco Smoking Habits Among First Year Medical Students, University of Prishtina, Kosovo: Cross-sectional Study," *Mater Sociomed. 2015 Jun;27(3):176. doi: 10.5455/msm.2015. 27.176-179. Epub 2015 Jun 8..*

[9] „https://www.scu.edu/ethics/focus-areas/bioethics/resources/voluntary-health-risks-who-should-pay/," [Interactiv]. [Accesat 19 03 2016].

[10] „http://www.thehastingscenter.org/charging-smokers-higher-health-insurance-rates-is-it-ethical/," [Interactiv]. [Accesat 19 03 2016].

[11] D. V. Uppu B, „Gender Performance on Intelligence Quotient Test among Medical Students in a Government Medical College," *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS),* e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861. Volume 14, Issue 10 Ver. X (Oct. 2015), PP 17-21.

[12] „http://www.wilderdom.com/intelligence/IQUnderstanding Interpreting.html," [Interactiv]. [Accesat 20 03 2016].

[13] „http://www.pruteanu.ro/704reflec_files/gauss.htm," [Interactiv]. [Accesat 20 03 2016].

[14] Halloran, Edward, „ A Virginia Henderson reader; excellence in nursing.," Springer Publishing Co.: New York, 1995.

[15] M. C, „A historical study of man in nursing," *Journal of advanced nursing,* vol. 26, pp. 232-6, 1997.

[16] „http://www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/themes/practisingmedicine/women," [Interactiv]. [Accesat 07 03 2016].

[17] „http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessional Nursing/workforce/Increased-Investment-Needed-to-Produce-11-Million-RNs-Head-Off-Nursing-Shortage.pdf," [Interactiv]. [Accesat 07 03 2016].

[18] „https://www.flcenterfornursing.org/DesktopModulesBring2mind/DMX/Download.aspx?Command=Core_ownload&EntryId=785&PortalId=0&TabId=151," [Interactiv]. [Accesat 07 03 2016].

[19] Juraschek SP, Zhang X, Ranganathan V, Lin VW., „United States Registered Nurse Workforce Report Card and Shortage Forecast," *Am J Med Qual. 2012 May-Jun;27(3):241-9. doi: 10.1177/1062860611416634. Epub 2011 Nov 19..*

[20] „http://www.nursingcouncil.org.nz/News/The-Future-Nursing-Workforce," [Interactiv]. [Accesat 07 03 2016].

[21] Arlene Weidner, Carol Graham, Jennifer Smith, Julia Aitken and Jill Odell, „Alberta: Evaluation of Nursing Retention and Recruitment

Programs," *Nursing Leadership, 25(Sp) March 2012: 130-147. doi:10.12927/cjnl.2012.22799.*

[22] „http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/supplydemand/medicine/physician2020projections.pdf," [Interactiv].

[23] A. o. A. M. Colleges, „The Complexities of Physician Supply and Demand:Projections from 2013 to 2025," 2015.

[24] „file:///C:/Users/Carmen/Documents/HW4All_synthesis_report_2014_03.pdf," [Interactiv]. [Accesat 15 03 2016].

[25] S. PG, „Effect of Nurse-to-Patient Staffing Ratios on Patient Morbidity and Mortality," în *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices.*, Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2013.

[26] „http://www.bls.gov/," [Interactiv]. [Accesat 19 06 2016].

[27] „http://www.liganet.hu/news/6205/F11-071_EN_European_Hospital_Doctors_Salaries.pdf," [Interactiv]. [Accesat 15 03 2016].

[28] Peretianu D, „Cât de mari ar trebui să fie salariile medicilor?," *Viața Medicală,* 13 iunie 2014.

6. Oportunităţile statutului de student

Iulia Alecu

„Nu dispreţui lucrurile mici; o lumânare poate face oricând, ceea ce nu poate face soarele niciodată: să lumineze în întuneric".

— Octavian Paler

6.1. Procesul Bologna

Educaţia este unul dintre factorii principali în dezvoltarea umană, atât pe plan social, cât şi economic. „Definirea educaţiei la nivelul unui concept pedagogic fundamental presupune stabilirea unor repere metodologice necesare pentru delimitarea funcţiilor specifice activităţii de formare-dezvoltare a personalităţii şi a structurii specifice de proiectare şi de realizare a acesteia" [1]. Într-o continuă tendinţă de globalizare a Europei şi a întregii lumi, accentul se pune pe educaţie şi învăţământ superior.

Reforma învăţământului superior, în Europa, a început cu Procesul Bologna în statele semnatare şi aderante ale acestei reforme, considerată a fi una radicală.

La baza Procesului Bologna este învăţământul anglo- saxon, care a influenţat cele două niveluri existente: *undergraduate şi postgraduate* [2].

Procesul Bologna este o reformă a Învăţământului Superior European (European Higher Education Area – EHEA), care presupune o organizare pe două cicluri de studii, iniţial și apoi, mai târziu s-a decis înființarea și celui de al treilea ciclu universitar:

1. studii universitare de licenţă, de 3-4 ani, respectiv 5-6 ani, în funcţie de domeniul și specializarea de studii;
2. studii universitare de masterat, de 1-2 ani;
3. studii universitare de doctorat, de 3-4 ani.

ECTS (European Credit System Transfer) sau în limba română, Sistemul European de Credite Transferabile, **SECTS**, este instrumentul de lucru care permite recunoașterea și echivalarea studiilor în favoarea studenţilor, în urma mobilităţilor. ECTS măsoară volumul de muncă al studentului și permite o mai ușoară echivalare a studiilor cât și recunoașterea acestora [3].

Un alt aspect, care facilitează analizarea și compararea studiilor în vederea includerii pe piaţa muncii, pentru dezvoltarea și armonizarea susceptibilităţii Învăţământului Superior la nivel mondial este suplimentul de diplomă. Acesta este conceput astfel încât să se poată compara ușor și rapid studiile și volumul de muncă.

Învăţământul Superior Românesc se desfășoară în spaţiul EHEA și a adoptat sistemul de învăţământ Bologna sub auspiciile sintagmei *„Societate bazată pe cunoaștere“*, ceea ce înseamnă reforme radicale în învăţământul superior care au avut la bază schimbări legislative și reorganizarea principiilor de dezvoltare ale învăţământului superior [4].

Aplicarea și dezvoltarea reformei Învăţământului Superior diferă de la stat la stat în funcţie de factorii socio- economici și culturali. Aplicarea și rezultatele implementării Procesului Bologna sunt urmărite prin rapoarte naţionale, bianual, discutate și evaluate la întâlnirile miniștrilor responsabili pentru învăţământ superior din ţările participante la Proces.

România a devenit semnatară a Procesului Bologna în 1999, angajându-se astfel la implementarea și dezvoltarea obiectivelor incluse în Declaraţia de la Sorbona, din 1998 și Declaraţia de la Bologna, din 1999. Obiectivele impuse de cele două declaraţii obligă România la alinierea Spaţiului Învăţământului Superior Românesc la Spaţiul Învăţământului Superior European.

În 2001, în cadrul întâlnirii ministeriale de la Praga, numărul obiectivelor privind dezvoltarea învăţământului superior a crescut cantitativ de la 6 la 9, iar statele participante au semnat adoptarea acestor obiective, astfel apărând necesitatea dezvoltării și implementării politicilor de globalizare a învăţământului superior.

Aceste Politici de dezvoltare a învăţământului nu au ca scop uniformizarea acestuia, așa cum a fost înţeles la început, ci armonizarea curriculară și actualizarea lor în raport cu piaţa europeană unică a muncii, într-o societate aflată într-o dinamică schimbare.

La întâlnirea de la Berlin, din 2003, rapoartele analizate au avut ca subiect *rezultatele procesului de învăţământ în raport cu piaţa muncii,* care au adus în atenţia miniștrilor și statelor semnatare ale Procesului Bologna, pregătirea absolvenţilor sau relocarea acestora pe piaţa muncii în directă sinergie cu cercetarea ştiinţifică și progresele tehnice, tehnologice și informaţionale. La această întâlnire *s-a conchis că identitatea europeană devine puternică păstrându-se identitatea culturală, naţională a fiecărui stat, în raport cu randamentul de inovaţie, dezvoltare socio-economică, prin cooperarea bilaterală între instituţiile de învăţământ superior și păstrându-se varietatea lingvistică a Europei.*

În anul 2005 la Bergen, Norvegia, miniștrii statelor semnatare au fost de acord cu implementarea cadrelor naţionale de calificări, recunoașterea și echivalarea diplomelor și la nivel de studii doctorale, cât și parcursuri educaţionale flexibile, prin proceduri de recunoaștere a studiilor anterioare.

La Londra, în mai 2007, miniștrii au discutat însușirile EHEA, stabilindu-se, astfel, prioritățile următorilor ani: mobilitatea academică, dimensiunea socio-culturală, strângerea de informații cât și integrarea pe piața muncii.

În cadrul conferinței de la Leuven, din aprilie 2009 s-au stabilit obiectivele principale pentru următorii 10 ani, de consolidare și dezvoltare al EHEA. Aceste obiective au fost lansate în 2010.

Tot în 2010, Austria și Ungaria au organizat Conferința aniversară a Procesului Bologna, cu ocazia încheierii unei decade de inovare, dezvoltare, cooperare. Acest moment a evidențiat lansarea EHEA. Discuțiile conferinței s-au concentrat asupra raportului de evaluare independentă a implementării Procesului Bologna, iar concluziile au fost publicate în Declarația de la Budapesta-Viena.

În 2012, Cabinetul Bologna s-a mutat la București, iar comunicatul întâlnirii prevede încurajarea mobilităților și apelul făcut către instituțiile de învățământ superior pentru a promova și susține mobilitățile în cadrul programului Erasmus, subprogramul *LongLife Learning*, iar după 2014, redenumit **Erasmus** + [5].

Obiectivele generale ale Procesului Bologna:

- Introduse în *Declarația de la Bologna*
  1. adoptarea unui sistem de diplome ușor de citit și comparabile;
  2. adoptarea unui sistem cu două cicluri principale;
  3. stabilirea unui sistem de credite;
  4. promovarea mobilității;
  5. promovarea cooperării europene în asigurarea calității;
  6. promovarea dimensiunii europene în învățământul superior.
- Introduse în *Comunicatul de la Praga*
  7. LifeLong Learning – (Învățare pe tot Parcursul Vieții);
  8. dezvoltarea învățământului superior;

9. promovarea atractivităţii spaţiului european al învăţământului superior.

- Introduse în *Comunicatul de la Berlin*

10. studiile doctorale şi sinergia între Spaţiul european al Învăţământului Superior (EHEA) şi Aria Europeană a Cercetării (ERA)
11. includerea unui al treilea ciclu (*studii doctorale*) în structura sistemului de învăţământ superior [6].

6.2. Programul Erasmus +

Procesul de mobilitate şi migraţie nu este recent, dar este o parte integrantă a civilizaţiei. Mobilitatea este o caracteristică esenţială a culturii umane. Lumea de astăzi nu este aceeaşi cu cea care a determinat fenomenul de antropologie. Nu pot fi ignorate efectele globalizării, de relocare care au avut loc într-un context de realităţi istorice. Reforma Învăţământului Superior se află la intersecţia mai multor etape:

- Între modern şi postmodern;
- Între colonialism şi post-colonialism;

Trăim într-o societate dispersată în activităţi zilnice în care relaţiile sociale sunt dimensiuni ale identităţii individuale situate în zone delimitate unele de altele. Această fragmentare se observă zilnic: fiecare individ aparţine mai multor ţări, mai mult sau mai puţin autonom, împărţind unul sau mai multe locuri de convieţuire, muncă, timp liber, viaţă socială cu prietenii sau familia, viaţa privată etc.

Programul sectorial ERASMUS (**E**u**R**opean Community **A**ction for the **M**obility of **U**niversity **S**tudents) este o componentă a Programului de Învăţare pe tot Parcursul Vieţii, care se adresează

învăţământului superior, inclusiv educaţiei vocaţionale avansate şi practicii (placement/training).

Acest subprogram îşi propune să dezvolte dimensiunea europeană a învăţământului superior, să promoveze cooperarea între universităţi la toate nivelurile de studii (licenţă, masterat, doctorat), să încurajeze mobilitatea studenţilor şi a cadrelor didactice, precum şi recunoaşterea academică a studiilor şi a calificărilor obţinute în perioadele de stagii de studii şi/sau practică.

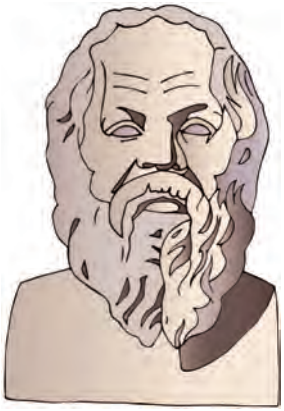
În acest scop, universităţile îşi stabilesc activităţi comune cu instituţii de învăţământ superior sau alt tip de instituţie, organizaţie, întreprindere, care asigură posibilitatea efectuării unor stagii de practică.

Programul Erasmus se adresează educaţiei, formării profesionale, tineretului şi sportului. Sub egida Erasmus + sunt şi **subprogramele europene**: *Învăţare pe tot Parcursul Vieţii (LifeLong Learning), Tineret în Acţiune, Erasmus Mundus, Tempus, Alfa, Edulink* şi *programul de cooperare cu ţările industrializate.*

Prin programele guvernamentale aparţinând Uniunii Europene, de învăţare şi de educaţie, se pun la dispoziţie granturi de studii, practică şi chiar cercetare. Programul *Socrates*, iniţial şi apoi denumit *Erasmus* a fost lansat în 1997, fiind un obiectiv principal de pe agenda de lucru a reformei învăţământului superior.

Migraţia şi mobilitatea au devenit cheia principală a schimbării şi abordarea fermă a mobilităţii intelectuale. Programul de schimburi interuniversitare are la bază Decizia 1720/2006 / CE 15 noiembrie 2006 si Decizia 2241/2004 / CE a Parlamentului European şi a Consiliului din 15 decembrie 2004. Mobilităţile intelectuale reprezintă cea mai mare parte a Programului de Învăţare pe tot Parcursul Vieţii şi a devenit cea mai importantă categorie de mobilitate pentru tineri şi, de asemenea, pentru persoanele adulte. Axioma titlului ne permite să ghicim că programul se adresează unei categorii largi,

de la adolescenţi la vârsta a treia. Sunt mobilităţi de studii, practică pentru studenţi, iar pentru cadrele didactice de predare și de formare profesională, un fel de *job shadowing*. Studiile de caz au demonstrat un feedback bun al acestor mobilităţi.



Socrate, filosof antic grec (470-399 Hr.). Pentru principiile și activitatea sa neconformistă, a plătit cu viaţa. În 2012, prin grija Fundaţiei Onassis a fost „reabilitat“ într-un proces simbolic la care au participat zece avocaţi [7].

În primii ani de funcţionare în Europa (1997-1999), programul a fost numit *Programul Socrates* (împreună cu alte 5 subprograme) și s-a dezvoltat mai timid. După anul 1999 a fost înlocuit de *Socrates II* (2000), apoi a fost înlocuit cu noua denumire de *Învăţare pe tot Parcursul Vieţii* (2000-2013). După 2013, Comisia Europeană a discutat despre noul nume al programului și a fost relansat sub denumirea de Erasmus + înglobând toate celelalte subprograme. În anul 2014 Programul de mobilităţi academice devine operaţional până în anul 2020 și i se alocă cea mai mare parte din bugetul statelor membre.

Programul Erasmus a acoperit toate sectoarele educaţionale, incluzând mobilitatea în scop de studii la toate disciplinele și

nivelurile de educaţie diferite, pentru toate categoriile de vârstă, de la liceu la universitate, stagii de studii, practică, schimburi de tineri, voluntariat și formare profesională.

Logo-ul Programului Erasmus este centrat de chipul filosofului olandez Desiderius Erasmus din Rotterdam (1466-1536). Acesta s-a opus ignoranţei, superstiţiilor, dogmatismului. A militat pentru libertatea spirituală. Deși opera i-a fost interzisă, Erasmus a marcat istoria culturii europene [8].

Sub tutela programului Erasmus + sunt susţinute mișcările intersectoriale între mediul de învăţământ și întreprinderi, între formarea profesională, universitate și piaţa muncii.

În 2009 a fost adoptat obiectivul ca până în anul 2020 cel puţin 20% dintre absolvenţii Spaţiului European de Învăţământ Superior să urmeze o perioadă de studiu sau de practică în străinătate. Pe lângă scopul mobilităţii în sine este important de remarcat ceea ce rămâne și ce se întâmplă după mobilitate. Împărţite pe categorii de mobilităţi, acestea au fost de la 3 luni până la 10 luni, iar în noul program Erasmus + se încurajează mobilităţi de până la 12 luni în domenii socio-umane, tehnice și de până la 24 luni în domeniul sănătate și arhitectură. În funcţie de categoria socială și de domeniul de specializare, feed-back-ul utilităţii și interculturalitatea diferă, dar își păstrează intactă coordonata principală, aceea de cunoaștere și integrare într-o societate culturală diferită.

Mobilitatea academică a determinat un sincretism cultural, care a dus către apariţia unui nou idiom lingvistic. Studenţii din ţări diferite vorbesc așa numita *Erasmus language*. De exemplu: trei studenţi din Franţa, Germania și România în timpul liber conversează în engleză, dar introduc cu ușurinţă în vorbirea curentă cuvinte și aspecte psiholingvistice din limbile native. Fiecare individ vine cu identitatea, personalitatea și cu rădăcinile culturale și educaţionale din ţara de proveniență. În funcţie de contextul în care este

exercitată activitatea, acești studenţi manifestă trăsăturile proprii culturale, etnice și psihologice la nivelul tuturor aspectelor legate de viaţă. Acești studenţi impun modalitatea de a rezolva probleme, în funcţie de context, educaţie (nivelul de instrucţie) dar mai ales de cultură.

Evenimentul „Escape to Vama Veche“, organizat de ESN Romania pentru studenţii Erasmus de 1 mai 2016. El aduce împreună toţi studenţii străini veniţi cu burse Erasmus, cât și cele 10 secţiuni locale ESN din România. Evenimentul durează 4 zile și în cadrul lui au loc jocuri sportive pe plajă, petreceri tematice unde se promovează comportamentul responsabil prin proiectul Responsible Party, cât și acţiuni de voluntariat parte din programul Social Erasmus, în care studenţii ajută la curăţarea plajei.

Participanţii la programul de mobilităţi Erasmus sunt studenţii cu rezultate academice bune, selectaţi de către facultăţi, în spiritul transparenţei, corectitudinii și egalităţii de șanse. Statutul de student Erasmus este o provocare pentru orice tânăr care dorește să se perfecţioneze și să se pregătească pentru viaţa profesională pe care a ales-o. A face cunoștinţă cu o universitate de prestigiu, a studia în biblioteci și laboratoare bine dotate, a-ţi perfecţiona o limbă

străină, a beneficia de o experienţă interculturală şi, nu în ultimul rând, a te mişca liber în spaţiul european este într-adevăr un beneficiu pe termen lung.

Stagiile de studii Erasmus pot fi de minimum 3 luni şi maximum 12/24 luni, în noul program lansat în 2014. Sunt recomandate stagiile de un semestru (30 ECTS), dar şi cele de un an (60 ECTS), care să se finalizeze cu examene şi acumulare de credite transferabile. Prelungirea stagiului, de la un semestru la un an, este posibilă, cu acordul celor două universităţi, pe cont propriu sau, în limita sumelor disponibile, prin suplimentarea grantului primit. Stagiile de practică Erasmus (plasamente) pot fi de minim 2 luni, dacă au loc în continuarea unui stagiu de studii, sau dacă se desfăşoară numai în acest scop. Granturile nu acoperă integral toate cheltuielile ocazionate de un stagiu în străinătate, dar sunt totuşi substanţiale şi reprezintă un sprijin care, şi printr-un efort personal sau prin găsirea unor sponsori, poate permite o şedere decentă într-o altă ţară.

6.3. Calitatea educaţiei

Calitatea şi cantitatea mobilităţilor au fost îndelung discutate, însă pentru o armonizare curriculară şi o aliniere a sistemelor de învăţământ avem nevoie de factorul timp şi de cât mai multe mobilităţi proculturale şi interdisciplinare [9].

Managementul ca factor principal în educaţie poate alinia politicile prin calitatea acestora şi corectitudinea implementării lor de către instituţiile de învăţământ superior. Managementul calităţii în educaţie şi formare constituie un domeniu de intervenţie care necesită cu precădere dezvoltarea şi utilizarea sistemelor şi procedurilor interne de evaluare, formare iniţială şi continuă, precum

și profesionalizarea activităţilor manageriale la nivelul furnizorilor de educaţie.

Internaţionalizarea Învăţământului Superior Românesc este un proces de dezvoltare și de o mai bună pregătire a studenţilor pentru o societate globalizată, *bazată pe cunoaștere*, dar și pe competenţe. Instituţiile de învăţământ superior au ca rol principal pregătirea absolvenţilor pentru piaţa muncii în concordanţă cu politicile internaţionale de globalizare și a școlarizării studenţilor internaţionali.

Consiliul UE invită statele membre să „promoveze o cultură cu adevărat internaţională în cadrul instituţiilor de învăţământ superior“, prin „creșterea atractivităţii internaţionale a lor și prin promovarea dimensiunii globale a responsabilităţii sociale a acestora“ [10].

6.4. Voluntariat pentru o lume mai bună

Voluntariatul are la bază principiile social-creștin umanitare, indiferent de compania, ONG-ul, instituţia de învăţământ superior sau asociaţia unde se desfășoară activitatea [11].

Voluntariatul este activitatea care se desfășoară din voinţă proprie, de orice persoană în depline capacităţi fizice și cognitiv-intelectuale, în folosul societăţii, fără a primi o remuneraţie sau alt gen de recompensă materială. Activităţi de interes public sunt: protecţia și drepturile omului, protecţia și drepturile animalelor, asistenţa și ajutorul social, cultural- artistic și religios, protecţia mediului etc.

Voluntariatul se adresează acelora care au capacitatea de muncă în condiţiile legii indiferent de rasă, etnie, orientare sexuală sau apartenenţă religioasă.

Oricine își dorește să depună un efort în favoarea celor din jur, poate deveni voluntar. Important este să își dorească aceasta și să activeze în acest sens. Voluntariatul aduce o experienţă demnă de menţionat în Curriculum Vitae, vine în sprijinul dezvoltării psiho-sociale și interpersonale. La început de drum, experienţa de voluntariat poate deveni un start pentru viitoarea carieră profesională.

În orice moment al vieţii și în orice etapă a vieţii profesionale, voluntariatul constituie un bun început pentru o nouă restabilire a relaţiilor de pe piaţa muncii. Pentru șomeri și chiar pentru cei care doresc să schimbe activitatea profesională, perioada de voluntariat aduce cunoștinţe, contacte, relaţii și activităţi de la care se poate porni pe premise noi în activităţi la care nici nu te-ai fi gândit. Activităţile de voluntariat unesc oameni, familii și aduc prieteni noi.

Motive pentru a deveni voluntar:

- îmi aduce o nouă experienţă;
- îmi petrec timpul într-un mod util și plăcut;
- îmi fac prieteni noi și cunosc oameni și situaţii noi;
- îmi formez o nouă orientare asupra vieţii, în carieră;
- îmi ofer șansa de a înapoia ceea ce, poate am primit de la alţii;
- îmi ofer bucuria de a mă face util societăţii și altora;
- îmi ofer aportul de a deveni responsabil și sigur de ceea ce sunt și fac, aparţinând unei echipe;
- îmi lărgesc orizontul socio-cultural al comunităţii în care trăiesc.

Ca voluntar înţeleg că mă implic în următoarele tipuri de acţiuni și activităţi:

- informarea și încercarea de consiliere a grupului ţintă;
- campanii de promovare și susţinere a activităţilor din cadrul asociaţiei de voluntari;

- organizarea de proiecte în folosul comunităţii, proiecte comunitar-europene;

Ca voluntar ai următoarele **drepturi**, dar și **obligaţii**:

- dreptul de a fi respectat în cadrul echipei, egal cu toţi ceilalţi, ţinându-se cont de temperament, experienţa de viaţă, studii și nivelul psiho-afectiv în distribuirea sarcinilor de lucru;
- dreptul de a fi monitorizat, supervizat și informat cu privire la activitatea desfășurată;
- dreptul la asistenţă, consiliere și orientare;
- dreptul la spaţiu adecvat pentru desfășurarea activităţii;
- dreptul de a fi promovat în funcţie de rezultatele avute;
- dreptul de a fi ascultat și libertatea de a face sugestii;
- dreptul la recunoașterea muncii și a eforturilor depuse;
- obligaţia de a te prezenta la activităţi ori de câte ori eşti solicitat și de a respecta programul de lucru și contractul de voluntariat;
- obligaţia de a respecta și de a te purta corespunzător în cadrul echipei;
- obligaţia de a informa orice nereguli sesizate pe perioada desfășurării activităţilor;
- obligaţia de a anunţa o eventuală absenţă.

În ceea ce privește viaţa academică, voluntariatul are la bază sloganul „students helping students“(*studenţi pentru studenţi)* și activează ca o componentă de coajutor a Programului Erasmus. Studenţii din întreaga Europă formează ceea ce se numește *ERASMUS Students Network (ESN)* la nivel european și la nivel naţional. În fiecare ţară există ESN. În România avem ESN România compusă din foști studenţi Erasmus din toate centrele universitare. ESN UniBuc a luat naștere în 2009 și a rămas până în ziua de astăzi una din cele mai

căutate organizaţii internaţionale, non-profit. Scopul este de a ajuta studenţii străini să se integreze în societatea noastră și să depășească barierele culturale.

Aniversarea a 6 ani ESN UniBuc

În media online și pe rețele de socializare studenţii Erasmus sunt voluntari în ajutorul actualilor și viitorilor studenţi. Promovează și susţin toate activităţile programului la întâlnirile *Erasmus Open Door*s, care au loc în universităţi și sunt gazdă pentru studenţii veniţi din alte ţări (*incoming*) în ceea ce privește socializarea și acomodarea în ţara gazdă.

Îndrăznește să fii ERASMUS este mai mult decât o provocare, devine un mod de viaţă, dar fără ajutorul și principiile de ajutor ale ESN, acceptarea, asimilarea și integrarea devin sinuoase și nesigure.

Studenţii voluntari din ESN au o componentă esenţială în cadrul organizaţiei la nivel naţional și internaţional.

A fi voluntar înseamnă a crește în capacităţi personale, a depăși stări pe care le credeai limite.

În plină desfășurare a mobilităţilor intelectuale, România dezvoltă una dintre cele mai importante coordonate ale învăţământului superior, studii, practică și cercetare, mult mai activ și implicat în procesul de dezvoltare umană, decât în primii ani de la debut.

Prin interculturalitatea și schimbul de tineri, România a devenit conștientă de rolul ei în educaţie și globalizare asumându-și modificările apărute la nivelul culturii academice.

Dezvoltarea programelor de studii diferă în funcţie de specializare și de aplicabilitatea acestora în raport cu solicitările și cerinţele de pe piaţa muncii.

Domeniul Sănătate este unul dintre cele mai căutate și mai active specializări. Specializarea Drept este mai puţin ancorată în mobilităţi studenţești din cauza ariei stricte de activitate. Specializarea Ştiinţe Economice, deși cu o arie largă de studii și cercetare se dezvoltă destul de anevoios, tinerii fiind refractari către domenii care nu sunt bine delimitate și determinate pe piaţa muncii.

Specializarea Psihologie este următoarea după domeniul Sănătate. România, ca studii de specialitate psihologice, psihanalitice și clinice se situează la congruenţa între psihologia răsăriteană și cea apuseană. Este un domeniu căutat atât de tinerii care vin să studieze în România cât și de tinerii români, dornici de studii și practică în străinătate.

Informatica este mult mai căutată pentru mobilităţi de practică, decât de studii, iar specializarea Relaţii Internaţionale și Studii

Europene devine din ce în ce mai mult căutată de tinerii care vin la schimb din ţări participante la program decât cei care doresc să studieze în alte ţări.

Astfel, reforma învăţământului superior românesc se apropie de ceea ce s-ar putea alinia cantitativ și calitativ învăţământului superior global.

6.5. O reţetă imperfectă…

Îmi amintesc zâmbind momentul în care am știut exact că vreau să intru la facultatea de medicină, momentul în care am avut curajul să spun asta cu voce tare… Tocmai primeam subiectele pentru ultima lucrare semestrială la limba și literatura română din perioada liceului, însă după lungi căutări de sine, acela a fost momentul critic, în care entuziasmul m-a îndemnat să dau glas cuvintelor: „Anca, eu o să dau la medicină. Știu că e puţin timp, dar o să muncesc, o să pot. Vrei să dai și tu? Învăţăm împreună…“ Eram atât de optimistă și de entuziasmată în acel moment, încât nu luasem în calcul absolut nimic din ce ar putea urma… Eram atât de fericită că simţeam, în sfârșit, că asta trebuie să fac, încât mi-am convins și prietena să mă urmeze în acest plan. Destinul avea să fie însă altul pentru ea, dar pentru mine aceea a fost prima mișcare din domino-ul încă în derulare…

Imaginaţi-vă o copilă de liceu, visătoare, pasionată de fotografie, lectură și scris, care s-a imaginat pe rând farmacist, psiholog, inginer… Aceea eram eu. Dar de data aceasta era altfel. De data aceasta simţeam că dorinţa de a fi studentă la

medicină umplea goluri din fiinţa mea și îmi dădea un scop. Nu prevedeam nici pe departe ce avea să urmeze…

Privind înapoi, nu am regretat o clipă acel impuls de moment și nici toată munca depusă ulterior. Deși nu aveam idee despre cum îmi va fi viața de student la medicină și nici despre cum poate un sistem medical să funcţioneze, am aflat pe propria piele întrebând, observând, experimentând.

Nu vă voi scrie o reţetă a succesului, pentru că nu cred în astfel de reţete ce îl privesc cumva într-un mod superficial. Vă voi scrie parte din reţeta mea, o reţetă pusă cap la cap de o începătoare, o reţetă în care am investit nopţi nedormite, o largă paletă de emoţii, uneori lacrimi, alteori bucurie nemărginită. Sunt, în momentul în care vă scriu, aproape de finalul anului V de studiu și pot spune zâmbind că reţeta aceasta mă face foarte des fericită.

Deși nu am în familie medici, consider că aceasta a jucat un rol esenţial în tot ceea ce eu sunt. Ei au fost aceia care m-au sprijinit și în rândul cărora am găsit acele modele pentru a fi mai mult decât o studentă la medicină… Ei au fost, astfel, un ingredient definitoriu. Am condimentat ulterior cu puţin curaj, pentru a mă avânta în necunoscut… Așa că încă din primul semestru de studenţie, am început să particip la proiecte de voluntariat. Iar proiectele au devenit, pentru anii ce au urmat, principala mea activitate, în afara programului universitar. Am predat lecţii despre igienă și alimentaţie elevilor din clasele primare, am informat doamne, domnișoare, dar și domni, despre Virusul Papiloma Uman (HPV) și legătura acestuia cu apariţia cancerului de col uterin, am ajutat la organizarea examenului de simulare, a congreselor pentru studenţi, am atras atenţia populaţiei asupra HIV-SIDA, diabetului, tuberculozei, am petrecut unele sfârșituri de săptămână în sate de rromi, altele

în orfelinat, cu copii mai puțin norocoși… pentru ca ulterior, munca mea extra-universitară, să se rezume în principal la organizarea, împreună cu o echipă de oameni extraordinari, a două proiecte foarte dragi: o campanie de informare în licee și spații publice asupra HPV și cancerului de col uterin și a unui alt amplu proiect de sănătate publică, „Împreună pentru sănătatea rurală". Organizarea acestor proiecte mi-a oferit energie și motivație chiar și în momentele în care viața îmi oferea episoade mai puțin fericite și motivante; ele au fost motorul ce m-au transpus dintr-un decor cu nuanțe de gri într-altul pictat în culori vii și strălucitoare.

Despre organizațiile studențești și despre modul cum funcționează se pot povesti multe, însă cele mai importante idei pe care aș vrea să le transmit, mai ales studenților și viitorilor studenți, ar fi… faceți voluntariat! Vă va ajuta în moduri pe care nici măcar nu le puteți intui, vă va umple inima de bucurie, vă va da încredere în voi înșivă și speranța că puteți contribui la schimbarea în bine a societății. Nu vă lăsați păcăliți de gândul că nu aveți timp. Timp există și veți avea mult mai multe satisfacții dacă îl veți folosi făcând voluntariat, decât să urmăriți zeci de seriale, de exemplu. Studiile făcute de-a lungul anilor au demonstrat că persoanele care se implică în activități de voluntariat, ce aduc un beneficiu și altor oameni din societate, au un risc mai scăzut decât populația generală pentru a dezvolta boli mintale. Și apoi, veți învăța lucruri noi și veți ieși din zona de confort, trezindu-vă în situații de viață în care poate că altfel nu ați fi fost puși, situații ce vor fi, în fapt, condeiele ce vă vor contura cu mare finețe caracterul. Veți vedea natura umană în toată splendoarea sa: poate veți lucra cu mame adolescente, aparținând minorităților etnice, poate veți găsi potențial nesperat în ochii triști ai unui copil abandonat, care își câștigă

existenţa spălând parbrizele maşinilor, la semafor, sau poate veţi fi chiar voi acea ultimă speranţă pe care un bătrân o mai are… Fiecare din aceste situaţii vă va arăta un alt fragment al vieţii, vă va face mai toleranţi şi mai empatici (trăsături foarte importante, mai ales pentru medici şi asistenţi…), vă va menţine orizonturile deschise, vă va oferi creativitate şi iniţiativă, pentru că mulţi dintre voi vor dori apoi să aducă o schimbare, o îmbunătăţire a ceea ce există deja. Şi toate acestea înseamnă, în viziunea mea, progres, evoluţie. Faceţi voluntariat, însă faceţi asta pentru că vreţi voi. Mergeţi în diverse proiecte cu intenţii bune şi curate şi păstraţi-vă şi pe voi aşa, pentru cât mai mult timp.

E lesne de înţeles că în povestea mea, activităţile de acest gen joacă un rol important. Le sunt recunoscătoare tuturor oamenilor pe care i-am întâlnit de-a lungul timpului şi cu care am lucrat, care mi-au devenit prieteni, care m-au învăţat ceea ce ei ştiau sau care m-au urmat în demersurile mele şi care mi-au susţinut ideile… Şi vreau să cred că astfel de oameni există pretutindeni.

ESN UniBuc-excursie la Mogoşoaia, primăvara 2016

O altă activitate în care îi îndemn pe studenţi să se avânte, indiferent de facultatea pe care o fac, este schimbul Erasmus. Este o șansă enormă pentru un student să fie susţinut de Uniunea Europeană să studieze, cel puţin pentru un semestru, într-o altă ţară. Iar dacă în alte domenii putem vorbi de o oarecare globalizare, în ceea ce privește medicina și serviciile de sănătate, lucrurile pot sta diferit, iar asta face ca un schimb de experienţă să fie cu atât mai folositoare. Personal, am fost plecată 6 luni într-un mic oraș din centrul Germaniei, în care se afla însă unul dintre cele mai mari spitale universitare ale ţării. Experienţa a fost, bineînţeles, influenţată de numeroși factori și prin ochii fiecăruia poate fi alta, dar cu siguranţă m-a făcut mai puternică și mai hotărâtă. Însă de ce ar vrea cineva care este deja suficient de puternic și de hotărât să aibă parte de o astfel de experienţă? Voi invoca din nou un cuvânt ce poate părea măreț, însă îmi exprimă cel mai bine ideile: evoluţie. Fie că este vorba de evoluţie din punct de vedere personal, fie profesional, fie spiritual, sau poate o combinaţie fericită între ele. Să fii pentru cel puţin jumătate de an singur într-o altă ţară, unde se vorbește o altă limbă, unde oamenii au alte obiceiuri și alte mentalităţi, unde poţi observa și compara sisteme (social, medical…), unde îţi faci noi prieteni, care și ei vin cu propriul bagaj cultural… ei bine, toate acestea, fără îndoială, te formează, te definesc și îţi oferă noi perspective. Riscul, pentru sistemul medical românesc din acest moment, este ca studenţii ce trec printr-o asemenea experienţă să își dorească ulterior să plece din ţară. În mod contrar, o astfel de experienţă ar putea fi într-atât de motivantă încât să îi facă pe studenţi să pună în mișcare rotiţele schimbării, pentru a îmbunătăţi și aici, acasă, aspectele ce au nevoie de o mai bună organizare.

Oricare dintre variante ar alege, viziunea lor va fi una mai clară, curajul lor va fi înzecit.

Și pentru a formula în cele din urmă reţeta…

Dragi colegi și viitori colegi din lumea medicală, dar mai ales, dragi Oameni, din orice domeniu activaţi,

Dumneavoastră sunteţi ingredientul principal. Fiecare alegere pe care o faceţi vă va influenţa cumva și vă va modela, oferind viitorului o altă versiune a dumneavoastră. Ce versiune doriţi să fiţi în 6 luni, în 6 ani? Nu vă speriaţi de viitor, fiţi curajoși, cântăriţi opţiunile și condimentaţi-vă cu pasiune și entuziasm, cu încredere, omenie, deschidere și curiozitate. Noi arome se vor forma: intuiţie, înţelepciunea dată de experienţă… Dar condimentele trebuie adăugate în prezent, zi de zi, cu sârguinţă, în ciuda obstacolelor care, inevitabil, apar. Obstacolele sunt de obicei acolo pentru a ne mai învăţa câte ceva și credeţi-mă că ele apar în drumurile noastre, ale tuturor, oricât de line ar părea ele. Credeţi în dumneavoastră, dar credeţi și în ceilalţi. Creaţi-vă propriile reţete unice, dar uneori citiţi sau ascultaţi și reţetele altora. Luaţi ce e mai bun de la fiecare om pe care îl întâlniţi. Munciţi. Păstraţi-vă buni și curaţi, ajutaţi și veţi fi ajutaţi. Fiţi schimbarea de care societatea are nevoie.

Cu drag,
Florentina-Alexandra Ion, studentă an V UMF „Carol Davila“ Bucureşti, Facultatea de Medicină Generală.
(florentinaalexandraion@yahoo.com)

Bibliografie

[1] Cristea S, Dicționar de pedagogie, ed. Litera, pg. 107, 2000.
[2] „ https://ro.wikipedia.org/wiki/Procesul_Bologna," [Interactiv]. [Accesat 03 05 2016].
[3] „http://ec.europa.eu/education/library/publications/2015/ects-users-guide_en.pdf," [Interactiv]. [Accesat 07 05 2016].
[4] „http://www.edu.ro/index.php/articles/c788/," [Interactiv]. [Accesat 07 05 2016].
[5] „http://administraresite.edu.ro/index.php/articles/text/14254," [Interactiv]. [Accesat 09 05 2016].
[6] „http://vechi.cnfis.ro/fd/bologna/organizare.html," [Interactiv]. [Accesat 09 05 2016].
[7] „https://ro.wikipedia.org/wiki/Socrate," [Interactiv]. [Accesat 27 05 2016].
[8] „https://en.wikipedia.org/wiki/Erasmus_Programme," [Interactiv]. [Accesat 27 05 2016].
[9] „http://www.invatamant-superior.ro/?p=1092," [Interactiv]. [Accesat 10 05 2016].
[10] „http://www.invatamant-superior.ro/?p=1092," [Interactiv]. [Accesat 10 05 2016].
[11] *Legea voluntariatului. Legea 195 din 2001 actualizată și republicată în Monitorul Oficial nr. 276 din 25 aprilie 2007, în temeiul art. II din Legea nr. 339/2006 pentru modificarea și completarea Legii voluntariatului nr. 195/2001.*

Legislaţie

1. Brussels, 4.5.2011, COM (2011) 248 final, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, The

Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – Communication on migration
2. Brussels, 18.11.2011, COM (2011) 743 final, Communication from the Commission to the European
3. Parliament, the Council, The Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – The Global Approach to Migration and Mobility {SEC (2011) 1353 final}

Bibliografie suplimentară

1. Alexandrescu Sorin, *Paradoxul român, Romanian paradox*, Universe Publishing, 1998.
2. Bălaşa Daniel, *Abordări teoretice privind managementul aplicabil organizaţiilor sistemului judiciar din România*, Tehnipress 2014
3. Cristea Sorin, *Dicţionar de pedagogie*, ed. Litera, 2000, pg.107
4. European Journal of Higher Education – Florin D. Salajan a & Sorina Chiper B., *Value and benefits of European student mobility for Romanian students: experiences and perspectives of participants in the ERASMUS Programme,* Publisher: Routledge
5. Gal Liana, Bianca Hiticaș, *Reprezentări identitare etnice în spațiul românesc, Ethnic identity rrepresentations in the Romanian space*, http://www.escoala.ro/psihologie/ reprezentari_identitare_etnice_spatiul_romanesc.html 01.09.2015 h: 23.15
6. Pop Daniel (ed.), *New Patterns of Labor Migration in Central and Eastern Europe*, Amm Press. 2004
7. Pricină Valeriu, *Creierul gros, creierul subţire, Thick Brain, Thin Brain*
8. Șerbănescu I., *Migrația și reformele, Migration and reforms*, *Revista 22*, July 21, 2004

9. Theodorescu Răzvan, *Cele două Europe*, *The Two Europes*, Encyclopedic Publishing House, Bucharest, 2013
10. Theodorescu, Răzvan, *Această poartă a creștinătății*, *Revista Muzeelor*, *This gate of Christendom*, *Museums Journal*, p. 5-12 (editorial)

7. Arta de a te împrieteni cu timpul

Octavian Sîrbu

„Misiunea mea este să-mi omor timpul,
iar a lui este să mă omoare pe mine.
Ne înţelegem bine, ca între asasini!“

— Emil Cioran

7.1. Definirea timpului

Găsesc foarte potrivită pentru introducerea într-un subiect atât de vast, celebra afirmaţie a Sfântului Augustin:„Ce este deci timpul? Dacă nimeni nu mă întreabă, știu ce este, dar dacă trebuie să explic cuiva, n-o pot face.“ Așadar, încercarea de a defini timpul este o sarcină deosebit de dificilă chiar și pentru cei care-i dedică o atenţie deosebită prin prisma profesiei sau a preocupărilor colaterale.

Conform DEX 2009, timpul este definit ca „mediu omogen și nedefinit, analog spaţiului, în care ne apare succesiunea ireversibilă a fenomenelor; durată, perioadă, măsurată în ore, zile etc., care corespunde desfășurării unei acţiuni, unui fenomen, unui eveniment; scurgere succesivă de momente; interval, răstimp, răgaz.“

Hector Berlioz, compozitor, scriitor și critic francez afirma că timpul este cel mai bun profesor dar, din păcate, el își omoară toţi elevii. Cam în același registru, Octavian Paler spunea despre timp că *„e o fiară care are nesfârșita răbdare de a înghiţi totul.“* Unul dintre cei mai

prolifici inventatori, Thomas Alva Edison, constata: *„Timpul este singurul capital real al omului și cel pe care-și poate permite cel mai puțin să-l irosească sau să-l piardă.“* Într-adevăr, cu un palmares de aproape 2000 de brevete, a valorificat la maxim propriul timp, devenind părintele becului cu filament, al telefoniei, al sistemului de transmisie multiplă a telegramelor, al înregistrării mecanice a sunetului (fonograful) și al cinematografiei – kinetoscopul, printre multe altele [1].

Când„ s-a născut“ timpul ? Există oare timpul? Este el unidirecţional? Și ce este de fapt timpul? Sunt câteva din întrebările mistuitoare, puse de-a lungul istoriei, care au primit tot atâtea răspunsuri, însă nemulţumitoare.

Albert Einstein a răsturnat toate teoriile existente când, la începutul secolului XX, a demonstrat că timpul este relativ și că depinde de mișcare și de gravitaţie. El afirma că: *„Timpul nu este deloc ceea ce pare. El nu curge într-o singură direcţie, iar viitorul există simultan cu trecutul.“*

Această constatare este reiterată și de savantul Stephen Hawking în cartea „Scurtă istorie a timpului“, în care afirmă că *„legile ştiinţei nu fac diferenţă între trecut și viitor“* [2].

Percepţia asupra timpului se deformează sub influenţa emoţiilor. Timpul psihologic nu este la fel de obiectiv ca timpul fizic: *„o oră petrecută în compania unei fete drăguțe trece mult mai repede decât o oră petrecută pe scaunul unui dentist“* [3]. Sau, citându-l pe profesorul Dumitru Constantin Dulcan, neurolog și psihiatru, autorul cărţii *Inteligenţa materiei*, *„o oră la vârsta de 10 ani echivalează cu cinci ore trăite la 60 ani…, astfel, părinţii, profesorii și copiii trăiesc în lumi temporal diferite, au opinii și preferinţe diferite și adesea nu se înţeleg“.*

Există un timp biologic, care nu este același cu cel postulat de fizica modernă și se referă la viteza de desfășurare a reacţiilor biochimice din celulele corpului uman, un timp fiziologic, dar și unul psihologic [4].

Pictură murală (graffiti) din orașul Jaffa-Israel, care e centrată de figura emblematică a lui Albert Einstein (colecție foto personală)

Și ca să încheiem scurta incursiune în definirea timpului, într-o lumină optimistă, înălțătoare, vom rememora afirmația celui mai mare teolog român, considerat o autoritate proeminentă europeană din secolul XX, Dumitru Stăniloae: *„Timpul este distanța dintre chemarea lui Dumnezeu și răspunsul tău“*.

7.2. Ciclul vieţii prin prisma timpului

Toată natura (oameni, animale, plante) se subordonează unui ritm circadian, în armonie cu rotația Terrei, exemplar integrată în Univers. Ritmul circadian sau nictemeral, se referă la corelațiile proceselor fizice, chimice și comportamentale cu ciclul somn-veghe derulat pe

parcursul a 24 ore (latinescul „circa“ se traduce prin aproximativ, iar „diem“ prin zi).

Cronobiologia este știința care examinează fenomenele periodice (ciclice) în organismele vii și adaptarea acestora la ritmurile Universului (*chronos*, însemnând timp și biologie- știința vieții). Mecanismele moleculare implicate în fenomenele cronobiologice sunt intens studiate astăzi. Marea majoritate a celulelor organismului se reînnoiesc de câteva ori de-a lungul vieţii, ratele variind în diferite ţesuturi ale corpului uman. Spre exemplu, trombocitele se regenerează cam în 10 zile, părul se alungește cu aproximativ 1 cm pe lună, iar unghiile cresc cu 0,3 cm lunar, adică aproximativ aceeași viteză ca și deplasarea plăcilor tectonice care duce la mărirea distanţei dintre Europa și America de Nord [5].

Citându-i pe Smolensky și Lamberg, ne putem optimiza viaţa, dacă cunoaștem modul de funcţionare al propriului organism, prin prisma acestei ciclicităţi. De exemplu, spre ora 7 este valoarea cea mai mare a tensiunii arteriale, se oprește secreţia de melatonină care ne-a ajutat pe timpul nopţii să avem un somn odihnitor, secreţia de testosteron devine maximă la ora 9 și randamentul optim îl avem la ora 10. De aceea activităţile cele mai importante ar fi bine să le desfășurăm în timpul dimineţii. După amiază, avem timpul de reacţie cel mai rapid, în jurul orei 15.30 și spre ora 17, cea mai bună activitate cardiovasculară [6].

Lumina este factorul cel mai important în funcţionarea ciclului, iar alternanţa cu întunericul este esenţială în fiziologie. De exemplu, sugarii prematuri expuși unui ciclu de lumină / întuneric în unităţile de terapie intensivă, câștiga în greutate mai repede decât cei supuși luminii continue, aceasta stimulând metabolismul [7].

Cercetări actuale relevă importanţa ciclului somn-veghe în menţinerea stării de sănătate. Perturbarea somnului apare frecvent la vârstnici, în accidentele vasculare cerebrale, bolile neurodegenerative etc. Astfel, la pacienţii cu Alzheimer, aceasta afectează atât pacienţii

cât și însoţitorii lor, fiind un factor important de risc pentru instituţionalizare [8].

Ritmul circadian este controlat genetic de așa numite *clock genes.* Baggs și colaboratorii au dezvoltat o strategie nouă („Gene Dosage Network Analysis“ -GDNA) pentru a descrie caracteristicile și implicaţiile acestor gene în menţinerea sănătăţii [9].

Cronemica studiază modul de utilizare al timpului, percepţia și semnificaţia lui. Putem afirma că timpul este un factor de risc nemodificabil. Este o resursă epuizabilă, depinde de fiecare cum este folosită.

Timpul și sănătatea nu au preţ, ele nu se pot cumpăra, vinde, împrumuta, fura, stoca, fabrica. O dată pierdute, nu le mai putem recupera!

7.3. Arta gestionării timpului

Comte-Sponville afirma că timpul este în primul rând o succesiune de trecut, prezent și viitor. Ori, trecutul nu există, fiindcă a dispărut,

iar viitorul încă nu a venit. Deci cel care contează în cariera noastră este timpul prezent, cel social cu o componentă impusă și alta pe care ne-o organizăm singuri în funcție de propria măiestrie.

Învățăm o sumedenie de lucruri, dar cele mai importante din viață trebuie să le deprindem singuri: cum să ne dezvoltăm, să iubim, să gândim, să trăim, să știm să ascultăm, să ne creștem copiii, să ne bucurăm de lucrurile simple ale vieţii sau, să întrebuinţăm eficient această resursă epuizabilă-timpul.

Fiecare percepe trecerea timpului într-un mod propriu, dar toţi suntem conștienţi că scurgerea lui înseamnă îmbătrânirea corpului, dar nu și a sufletului, din păcate… sau… din fericire?

Poluarea informațională și stresul tehnologic, au devenit paradoxal, dușmanii noștri, hoții de timp. Deși avioanele se deplasează de șapte ori mai repede decât autoturismele, iar acestea de până la 10 ori mai repede decât trăsurile, lipsa timpului parcă ne sufocă, într-o lume din ce în ce mai grăbită.

Avem tot mai multe sarcini pe care trebuie să le îndeplinim într-un timp tot mai scurt. Pe o planetă sincronizată la o miime de secundă, totul se derulează sub un numitor comun si anume ora exactă. De aceea, ceasul a devenit unul dintre obiectele cu cea mai mare producţie la nivel mondial [10].

Cu peste un secol în urmă, viaţa era mult mai tihnită, în armonie cu natura, cu ciclul zi-noapte, răsărit-apus, cântatul cocoșilor, ciripitul păsărilor, sau ecourile clopotelor, de parcă fiecare localitate avea propriul ritm.

Trăim în epoca consumerismului în care un hamburger se strică în șase luni și un laptop în trei. Așa cum afirma futurologul Alvin Toffler în „Șocul viitorului“, cea de a 800-a perioadă de viaţă pe care o trăim în prezent, reprezintă *„o ruptură cu întreaga experienţă trecută a omenirii“*, societăţile dezvoltate trecând de la agricultura milenară, în numai câteva decade, la economii bazate pe servicii [11].

Prin prisma evoluţiei putem vorbi de dimensiunea exponenţială a timpului. Astfel, dacă comprimăm la un an perioada de la apariţia Terrei până astăzi, abia la 31 decembrie ora 23:45 a apărut omul, iar Isus s-a născut la 23:58.

Istoricul și filosoful francez Michel Serres, afirma: *„De acum, toată lumea are ceas și nimeni n-are timp. Faceţi schimb între ele: daţi-vă ceasul și asumaţi-vă timpul“* [10].

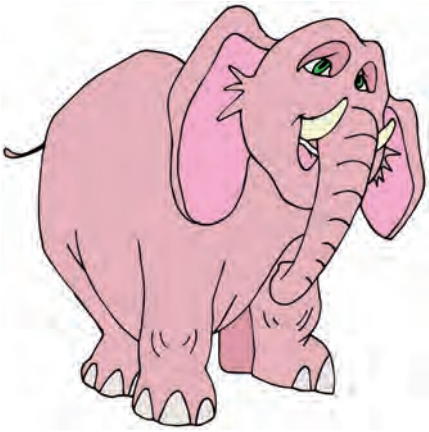
Fiecare dintre noi avem ca resursă o zi de 24 ore, pe care trebuie să o exploatăm cât mai inteligent. Au apărut în ultimii ani o mulţime de cărţi care se doresc a fi veritabile ghiduri în managementul timpului.

Să vedem care ar fi câteva dintre reperele de exploatare a timpului în favoarea noastră, a profesioniștilor din domeniul medical, pe care le-am numit *decalogul timpului*:

1. **Învingerea barierelor psihologice** (reflectarea în conștiință a sentimentului de limitare a capacității noastre) și autoprogramarea pe șansă și nu pe eșec, duce la economisirea timpului folosit pentru realizarea profesională [4]. Drumul spre noi înșine trece obligatoriu prin autocunoaștere. În funcţie de această imagine care se formează în timp ca rezultat al interacţiunilor cu mediul social si familial, vom fi timizi, complexaţi sau din contră extrovertiţi, cu un ego hipertrofiat. Ca întotdeauna, calea de mijloc este de dorit! Aici contează enorm educaţia din familie, comportamentul părinţilor și al dascălilor, dar și universul cultural al fiecăruia, volumele citite reprezentând prietenii cei mai sinceri și devotaţi, care contribuie la conturarea personalităţii și a caracterului fiecăruia, mai ales în lipsa unor repere morale și profesionale din anturaj. Reflecţiile regulate la propria persoană trebuie exersate periodic. Fiţi conștienţi de faptul că în viaţă există un echilibru perfect și cu cât veţi dori să

câștigați pe plan profesional, familial, spiritual sau material, cu atât veți pierde în celelalte. Ele se pot armoniza doar până la un anumit prag. Depinde de fiecare ceea ce își dorește cu adevărat și care sunt valorile reale pe care le apreciază.

2. **Organizarea propriei agende**. În măsura în care se va putea, nu lăsați pe alții să vă facă agenda. Dacă vi se anunță o vizită nedorită sau într-un moment nepotrivit, refuzați-o sau amânați-o cu diplomație. Dacă vi se comunică în timp scurt că mai aveți de îndeplinit încă o sarcină de către șeful nemijlocit, spuneți că o puteți realiza, numai neglijând parțial sarcinile cotidiene, deoarece timpul avut la dispoziție pentru îndeplinirea lor este același, neextensibil. Nu vă grăbiți să vă asumați sarcini mari fără a cântări bine situația, pentru a nu fi puși în postura de a fi caracterizați drept neserioși prin nerespectarea promisiunilor.
Când vedeți de la distanță un elefant, vă pare mic, dar la apropiere realizați adevărata dimensiune. La fel este și cu proiectele care la prima vedere par ușoare, dar pe măsură ce le disecăm ne dăm seama de complexitatea lor. Cea mai bună metodă pentru a le rezolva este aceea de a le reorganiza în părți mai



mici. De exemplu, daca ne propunem să scriem o carte, o să fim tentaţi să amânăm *sine die* activitatea, de aceea e bine să scriem câte puţin în fiecare zi și astfel vom fi mult mai eficienţi. Sau, dacă vă sperie volumul de materie care trebuie parcursă pentru examene, nu lăsaţi o zi fără a citi câte ceva. Și ca să ne amuzăm puţin să nu credem în dictonul: „nu lăsa pe mâine ceea ce poţi face poimâine și uite așa, câștigi două zile libere"! O agendă clasică sau electronică pe care să notăm sarcinile zilnice, săptămânale, lunare și anuale ne este de mare folos, dându-ne o privire de ansamblu dar și de detaliu asupra propriei activităţi. Henry Laurence Gantt, celebrul inginer american, ne-a lăsat moștenire graficul ce-i poartă numele și care ne este util pentru proiecte sau sarcini de complexitate medie. Ce ar fi dacă am încurca datele de programare ale pacienţilor și i-am chema la consult/internare, într-o zi când suntem în concediu, sau dacă o asistentă medicală trimite alt pacient internat la o examinare paraclinică, pentru a cărui programare s-a așteptat două zile?

3. **Prioritizarea activităţilor** vizează urmărirea îndeplinirii termenelor celor mai recente, puterea de a nu ne asuma toate solicitările momentului, programarea pe termen scurt, mediu și lung ale lor. De asemenea, începeţi ziua cu sarcinile cele mai importante, când și randamentul este maxim, lăsând pe după-amiaza pe cele mai ușoare. Dacă sunteţi foarte aglomeraţi dar și foarte obosiţi, aplicaţi aceeași regulă, rezolvând întâi problemele mai ușoare și după odihnă pe cele complexe. Mai există un mic truc, anume acela de a începe cu activităţile care vă plac, în momentele de oboseală, pentru a vă mobiliza mai ușor și a nu pierde timpul.
4. **Aplicaţi regula unei singure atingeri,** adică la primul contact cu o sarcină nouă, urmăriţi să o rezolvaţi și să o

eliminaţi definitiv de pe listă. Altfel, timpul dedicat luării ei la cunoștință este unul pierdut, dacă este amânată până la o dată ulterioară. Nu tergiversaţi sarcinile, încercaţi să le rezolvaţi cât mai repede, pentru că altfel, gândul la ele vă va consuma energia și nu veţi reuși să vă desfășuraţi activitatea cu bine decât atunci când mintea va fi eliberată de grija lor. Oricând apar alte probleme neprevăzute, care la rândul lor ne vor consuma timp.

5. **Înconjuraţi-vă de colegi, prieteni mai pricepuţi decât voi,** de la care aveţi în permanenţă ce învăţa, vorba poetului: *„decât cu nebunii să bei într-una vin, mai bine cu înţelepţii să cari într-una pietre.“*

Grafiti mural din oraşul Jaffa (colecţie foto personală)

În felul acesta vă veţi dezvolta profesional într-un timp mai scurt, iar timpul petrecut în compania lor va fi unul câștigat și nu irosit. Se aproximează că noi cunoaștem în medie

peste 1000 persoane, dintre care unele interferă frecvent cu noi, fie că vorbim de familie, colegi sau prieteni, întrerupându-ne timpul personal, ceea ce nu poate fi evitat decât într-o mică măsură, chiar dacă preferăm solitudinea.

6. **Evitaţi întreruperile din activitatea curentă**, utilizând un program și respectându-l, în măsura posibilităţilor. Se apreciază că o persoană este întreruptă la serviciu, la fiecare șapte minute, de un telefon sau o vizită *ad-hoc*. Imaginaţi-vă că sunteţi în cabinet la consult și în 30 de minute câte aţi petrecut acolo, medicului i-a sunat telefonul fix sau mobil de două-trei ori și două asistente medicale și alt pacient au intrat să îl întrebe fiecare câte ceva! Nu e de mirare că medicul a reluat anamneza de trei ori cu aceleași întrebări adresate pacientului. Sau, ce va gândi pacientul căruia i se administrează o injecţie, în timp ce asistenta vorbește la telefonul mobil, sau e chemată imediat la o urgenţă, lăsând impresia pacientului că a grăbit manevra de injectare?

7. **Simplificarea circuitelor supraîncărcate**. Medicul își bea cafeaua de dimineaţă, în timp ce verifică e-mailurile, răspunde la telefoane și încearcă să se concentreze asupra acuzelor pacientului pe care tocmai „îl consultă“. Uitase de ședinţa de spital planificată la prima oră, în iureșul activităţilor în care era angrenat. Sau, pentru exemplificarea unei zile obișnuite din viaţa asistentei de spital, vedeţi confesiunile de la finalul capitolului. Așadar, ne epuizăm resursele pentru sarcinile cotidiene, fără a realiza nimic important, fiind contaminaţi de deficitul de atenţie cauzat de multitudinea sarcinilor. Hallowell afirmă că această stare nocivă îi transformă pe oamenii talentaţi în *exponenţi grăbiţi ai mediocrităţii* [12]. *„Viteza, această formă a extazului cu care tehnologia l-a binecuvântat pe omul modern“* cum afirma Milan Kundera, își

are propriul preţ. *Multitasking-ul* se asociază cu deficitul de atenţie, studii de imagistică funcţională la nivelul creierului surprinzând activarea unor arii din lobul frontal implicate în controlul atenţiei [13].

8. **Manageriaţi bine propria energie,** pentru un control optim al timpului. Sub presiunea indicatorilor de management, privind rulajul paturilor, numărul externărilor, al mediei zilelor de spitalizare, al cheltuielilor/pacient, al rentabilităţii activităţilor medicale impuse de actualul sistem de sănătate, dar și al consumului psihic, tot mai mulţi profesioniști din sistem devin obosiţi, surmenaţi, bolnavi, se alterează comunicarea și relaţiile intercolegiale și familiale. Termenul *Burnout* a fost introdus de Herbert Freudenberger în 1974, cu conotaţia de stres psihologic, extinzându-se astăzi de la voluntarii organizaţiilor umanitare, la toate categoriile profesionale care deservesc oamenii. Sindromul *Burnout* se caracterizează prin epuizare, lipsa motivaţiei, a entuziasmului, sentimentul ineficienţei la locul de muncă [14]. Studii privind fenomenul *Burnout* printre medicii din SUA, au evidenţiat amplificarea lui în 2014 faţă de 2011, mai mult de jumătate dintre medici fiind afectaţi [15]. În aceste condiţii, stimularea energiei mentale, a rezistenţei emoţionale și fizice, pot reprezenta o soluţie. Cheia pentru acestea o constituie o alimentaţie corectă, fără excese, hidratare, mișcare și exerciţii fizice chiar la locul de muncă, odihnă și tehnici de relaxare, meditaţie, la care se adaugă efortul de evoluţie spirituală, atât de important în domeniul medical în care lucrăm. Pauzele mici și repetate în aer liber adaugă un beneficiu substanţial, iar aici spitalele sau policlinicile multipavilionare au un avantaj net. Furia, iritarea, frica, nesiguranţa, nerăbdarea, invidia, răutatea și tot ceea ce

se mai adaugă emoţiilor negative, vor fi atenuate sau chiar eliminate prin tehnici de relaxare cum ar fi respiraţia abdominală profundă. Emoţiile pozitive trebuie să predomine şi să ne contamineze pe toţi cei de la locul de activitate sau de acasă. Dispoziţia şi comportamentul şefilor este esenţială pentru încărcătura energetică a colaboratorilor. Frustrările, neîmplinirile, răutăţile acestora precum şi lipsa stimulării şi aprecierii colegilor determină un mediu de lucru neprielnic. Consider că una din cele mai importante reguli democratice este succesiunea în posturile de conducere la fiecare doi ani, a membrilor echipei, în acest fel fiecare va fi la un moment dat ori şef, ori membru al echipei şi îşi va modula comportamentul ca atare. Pentru un randament maxim avem nevoie să trimitem sau să primim aprecieri, zâmbete, cuvinte frumoase, stimulative, să ne organizăm un mediu de lucru atractiv, cu mobilier ergonomic, culori calde optimiste, muzică de relaxare. Efectul Mozart este binecunoscut, iar studii recente demonstrează că audiţia unor melodii îndrăgite, înlătură stresul, stimulează sistemul imunitar şi îmbunătăţeşte memoria spaţială [16]. De asemenea încercaţi şi repartizaţi-vă sarcinile în funcţie de preferinţe, în cadrul echipei, consumul energetic în acest caz fiind minim pentru fiecare. Înconjuraţi-vă de persoane optimiste, spirituale şi evitaţi vampirii energetici. Psihologii au descoperit beneficiile *regresiei în timp* prin joaca cu copiii sau animalele, sau coloratul cărţilor, metode pe cât de moderne, pe atât de utile adulţilor stresaţi.

9. **Înţelegeţi-vă libertatea** pentru a beneficia la maxim de această rezervă de timp care de fapt reprezintă propria viaţă. Filosoful Gabriel Liiceanu în volumul „Uşa interzisă“ face o confesiune: *„…de fapt, nu aveam disciplina finitudinii. Eram*

plasat într-un raport greșit cu timpul și, deopotrivă cu felul de a-mi înțelege libertatea". Evitaţi „întârziaţii cronici" care au de obicei tulburări psihologice. Ei aparţin fie narcisiștilor, cei care se vor a fi doriţi, fie tergiversatorilor. Aceștia din urmă au „complexul divei" și consideră că așteptarea impusă celorlalţi este o modalitate de a-și afirma supremaţia. Există medici care își programează pacienţii la fiecare 30 minute, dar petrec cu fiecare dublul timpului planificat, decalând astfel programul. Tot ei au dificultăţi importante în luarea hotărârilor, de la cele minore privind alegerea meniului sau a pantofilor, până la cele foarte importante. Putem privi întârzierile precum un sport al frustraţilor, în timp ce punctualitatea este forma de politeţe a regilor. O relaţie echilibrată cu timpul, denotă un echilibru psihic și respect faţă de ceilalţi. Evitaţi perfecţionismul inutil, sursă de anxietate și depresie.

10. **Îndepărtaţi hoţii de timp din preajma dumneavoastră.** Cum afirma Servan-Schreiber, timpul este neclintit, noi îl ocupăm, conferindu-i formă prin acţiunile si mișcările noastre. Ce bine ne simţim când mergem la un medic care ne primește zâmbind, cu respect, ca și când am fi singurul pacient programat. Sau, când o asistentă medicală ne explică cu calm și compasiune ce manevră urmează să ne facă, sau la ce tip de procedură ne va însoţi, vom fi mult mai relaxaţi și încrezători. Nu voi analiza toţi hoţii de timp pe care-i găsiţi în toate cărţile dedicate managementului timpului, ci doar poluarea informaţională, pe care personal o consider cea mai importantă. De pe site-ul *http://www. worldometers.info/ro/* care arată în timp real diferiţi parametri la nivel mondial, aflăm de exemplu că pe data de 27 mai 2016 în momentul accesării paginii web, erau publicate 1.024.381 cărţi, erau vândute în acea zi și până

la ora accesării 4.330.067 telefoane mobile, erau trimise 176.646.270.394 e-mail-uri, 3.377.897.013 utilizatori de internet în toată lumea (aproape jumătate din populația globului) și 3.713.813.705 căutări pe Google. Așadar, tehnologia informațională a explodat, dar timpul și capacitatea cortexului cerebral de a asimila informațiile au rămas neschimbate. Aparent, progresul tehnologic ar fi trebuit să ne scutească timpul, dar realitatea arată contrariul. În epoca în care se vorbește și se operează cu *Big Data* știm tot mai puțin despre tot mai multe, lacunele devenind tot mai numeroase. Astfel se explică apariția supraspecializărilor în toate domeniile, inclusiv medicale și farmaceutice, cu dezavantajele ce rezultă din aceasta și anume pierderea întregului. Ne vom axa astfel pe domeniile de interes, vom consulta reviste de sinteze medicale, site-uri, ghiduri profesionale, workshop-uri etc. Profesorul Marin Voiculescu, eminent medic de boli infecțioase și pedagog (1913-1991), afirma: *„hiperspecializarea a creat fisuri importante în responsabilitatea medicală. Fiecare specialist răspunde de organul ce-l cunoaște și atât! Dar de omul întreg, cine răspunde? O echipă? Un responsabil al echipei?“*

7.4. Timpul de lucru în sistemul medical

Timpul de muncă al profesioniștilor din sănătate este unul extrem de delicat deoarece, de zeci de ani, statul nu găsește soluțiile adecvate pentru protejarea sănătății angajaților din sistem și implicit al pacienților. Yuyan G. și colaboratorii arată că lipsa somnului fiziologic printre asistentele medicale duce la rigiditatea arterelor, fiind un

important factor independent de risc pentru bolile cardiovasculare [17]. Munca în schimburi, poate fi un factor de risc independent pentru somnul de calitate, diabet zaharat și hipertensiune arterială, chiar după pensionare [18]. O analiză sistematică din 2013, arată că efectul muncii în schimburi este cumulativ în timp și favorizează apariția cancerului de sân [19]. Privarea de somn și perturbarea ritmului circadian sunt asociate cu boli metabolice precum obezitatea și diabetul zaharat [20]. Exemplele pe această temă sunt numeroase, necesitând pagini ample pentru a putea fi dezvoltate. Intervenţiile pentru a crește calitatea și cantitatea somnului în rândul asistentelor medicale de spital care lucrează în schimburi de noapte reprezintă o prioritate. Astfel, se va reduce procentul erorilor medicale cauzate de perturbarea ritmului circadian [21].

Situaţia medicilor este însă și mai acută, determinând tot mai multe guverne la măsuri radicale privind timpul de lucru al profesioniștilor din domeniul sănătăţii. De exemplu, în Canada si SUA, s-au limitat orele de gardă ale medicilor rezidenţi, pornindu-se

de la dovezile că oboseala acumulată în gărzi, afectează siguranţa pacienţilor. În Quebec durata maximă pentru gardă a celor aflaţi în programe de formare medicală a scăzut de la 24 la maxim 16 ore [22].

În Romania, medicul de gardă este obligat să efectueze 30 ore de activitate, pentru asigurarea continuităţii: 8.00-14.00 program normal de lucru, 14.00-8.00, orele de gardă, 8.00-14.00, programul normal de lucru, în continuarea orelor de gardă. Acestea însumează, cum arătam, aproximativ 30 de ore de activitate fără pauză, în condiţiile în care, un medic are obligaţia de a face o singură gardă lunar, mai exact 20 de ore de gardă/lună.

Secţiile de cardiologie cuprind și un sector de activitate numit unitate terapie intensivă coronariană, unde sunt îngrijiţi pacienţi cu stare generală foarte gravă, instabili hemodinamic, ce necesită o supraveghere medicală continuă. La toate aceste responsabilităţi se adaugă cele aproximativ 35-45 de consultaţii, în medie pe gardă, prin unitatea primiri urgenţe. Dintre acești pacienţi, un număr de 15-20 necesită internare în secţia de cardiologie ceea ce presupune evaluarea lor, scrierea foilor de observaţie și a medicaţiei necesare, prescrierea investigaţiilor și urmărirea acestora, discuţiile purtate cu pacienţii și aparţinătorii în majoritatea cazurilor nemulţumiţi și revendicativi (de multe ori justificat). Adăugăm activităţii medicului de gardă și solicitările din toate celelalte secţii ale unui spital judeţean de urgenţă, cu aproximativ 5-10 consultaţii interdisciplinare.

Această muncă înalt calificată, de o mare responsabilitate, este efectuată doar de cardiologul de gardă. El trebuie sa fie omniprezent atât în secţia cu 80 paturi (de multe ori depășită de adresabilitatea foarte mare), în unitatea de terapie coronariană, jos în serviciul de primiri urgenţe, pe celelalte secţii ori de câte ori este solicitat.

Timpul efectiv ce este acordat în aceste condiţii fiecărui pacient, este de aproximativ 5 minute.

De la obligativitatea de a efectua 20 de ore de gardă lunar, cum este stipulat în legea 95/2006 privind reforma în sistemul sanitar, până la 100-120 de ore de gardă efectuate lunar, este o cale foarte lungă presărată cu foarte multă uzură, oboseală, compromiterea propriei sănătăţi, a relaţiei medic- pacient și a relaţiilor interumane, malpraxis, pacienţi nemulţumiţi etc.

Sunt încălcate în acest mod articolele 111, 114, 122,125,134 din Codul Muncii dar și legislaţia Uniunii Europene, respectiv Directiva 2003/88/EC privind programul de lucru, ce a fost transpusă în legislaţia internă prin adoptarea Legii 53/2003. Poate, ca și în legenda meșterului Manole, mai trebuie să moară câţiva medici în serviciul de gardă, pentru a se respecta legislaţia în vigoare!

7.5. O zi de spital

Chiar dacă soarele strălucește cu putere, iar mulţi ne gândim la concediu sau cum să ne mai refugiem de stresul zilnic, unii dintre noi, pășim dimineaţa pe poarta spitalului.

Ora 7 este ora în care, dacă ai trecut de poartă, totul pare un stupar. Unii calmi, cu pașii lini, parcă analizând totul în jur, alţii parcă sunt programaţi să aibă o anumită viteză și să nu vadă nimic în jur. Chipuri calde, priviri cunoscute se salută în treacăt doar cu o clipire de pleoape uneori, se întrepătrund prin curtea spitalului cu feţe inexpresive și ochi reci, parcă setate doar pentru o anumită misiune. În forfota mulţimii, fiecare își știe sarcina și rolul său.

Ora 7:10 – 7:15, este momentul în care toţi ne îndreptăm cu grabă spre vestiare. Fuste scurte, tocuri înalte, jeans și adidași sunt aruncate cu repeziciune, ca la ora 7:30 să aducă

la unison o mare de oameni, parcă zugrăviţi cu aceeași frumuseţe, haina de spital. Unele albe asemeni spumei laptelui dau o mai mare puritate oamenilor pe care o îmbracă, dar și o bluză colorată sau cu desene animate, parcă mai fac oamenii să zâmbească. Frumoși, cu ecusoanele în piept, parcă sunt medaliaţi în urma unei mari competiţii.

Ora 7:30 a pendulei din camera de gardă îi adună pe toţi, asemeni unui ceas vechi al unei uzine. Oare timpul bate la fel și pentru noi? Aşezaţi în semicerc, fiecare își are locul, asemeni unui puzzle făcut de nenumărate ori.

Asistenta din tura de noapte, cu o foiță în mână, parcă o copiuță din copilărie la o materie neîndrăgită, cu o tonalitate joasă în voce, cu spatele parcă încovoiat de intensitatea volumului de muncă, relatează parcă povestea nopții. Pacienți care în timpul zilei păreau inexistenţi de cuminţi, au reapărut la viaţă asemeni unui film în care statuile din muzeul de istorie își reintră în rolul lor din anii 1600 odată cu lăsarea serii. Teancul de foi de observaţie, semnate în fiecare tură de asistenta de serviciu, dar și de pacienţi pentru a-și da acordul

pentru efectuarea tuturor manevrelor, inclusiv a supravegherii, împreună cu decontul materialelor utilizate în timpul gărzii, o fac să uite parcă de cana cu ceai de pe birou, care acum este răcit de magia nopții.

După raportarea tuturor evenimentelor, asistenta șefă, de sub teancul de dosare scoate o carte mare, albă, cu scrisul mic, cea cu protocoale și tehnici de îngrijiri. Astăzi citim despre puncţia lombară. Dacă închizi ochii, totul pare un pasaj din „Dr House". Unii, cu ochii ficși, alţii parcă în apnee ascultă frumosul pasaj, pe care noi îl putem pune în practică în fiecare moment de serviciu.

După raportul de gardă începe mișcarea în furnicar. Este aproape 8:00. Verificăm caietele de programări pentru a vedea ce pacienți trebuie să fie îndrumați cu prioritate către computer tomograf. Îi este comunicat pacientului și este rugat brancardierul să îl însoţească. Din cele 14 locuri preluate, doar 10 sunt ocupate de către pacienţi. Ca o biblie, agenda cea maro, parcă așteaptă să ne dea absolut toate informaţiile despre pacienţii care au de recoltat analize, au de recuperat diverse rezultate, au de efectuat anumite investigații, sau care trebuie să fie programaţi pentru anumite consulturi și, multe alte indicii despre situaţia lor medicală.

Căutăm cu repeziciune glucotestul pentru a verifica valoarea glicemiei celor doi pacienți insulino-dependenți. Lucrurile trebuie să se desfășoare cu repeziciune pentru că ei pot mânca oricând, invocând faptul că au uitat de repausul alimentar până la recoltare, situaţie foarte frecvent întâlnită, deoarece se știe foarte bine că cei mai mulţi diabetici sunt niște gurmanzi. Măsurătorile indică valori asemănătoare zilelor anterioare, deci o să respectăm vechea schema de insulină, la indicaţia medicului curant. Cei patru pacienți în tratament

cu anticoagulant, au de recoltat coagulograma pentru stabilirea dozelor de medicaţie. Doi dintre ei au tratament intravenos, unul are tratament continuu pe injectomat, iar celălalt la interval de 3 ore și trebuie să nu uităm să cerem și analiza coagulării sângelui pe solicitarea făcută către laboratorul de analize medicale.

Timpul se scurge cu repeziciune, verificăm ceasul de parcă ar fi o clepsidră a timpului, iar la capătul acesteia se află de fiecare data un alt „The End!".

Fiecare analiză trebuie să fie introdusă în calculator pentru ca apoi, aceasta să primească un număr de identificare. Fără acest număr analiza nu poate fi lucrată și eprubeta nu este recunoscută de către laboratorul spitalului nostru. Chiar dacă timpul se scurge cu repeziciune, sunt foarte multe sarcini de îndeplinit pe o mică unitate de timp. La pacienţii cu anticoagulant în tratament, timpul de compresie în urma puncţiei venoase trebuie să fie mult mai mare decât cel normal, deoarece există risc de sângerare și de formare a hematoamelor. Măsurarea tensiunilor arteriale și pulsului, odată cu administrarea tratamentului de dimineaţă, corespunde cu ora la care se fac mai toate programările la investigaţii, atât pentru pacienţii internaţi în sistem continuu, cât și de zi.

Am citit pe un site al cadrelor medicale o postare ironică precum că „o asistentă medicală este penalizată pentru că a fost surprinsă de către camerele de supraveghere în patru saloane în același timp, iar al cincilea a rămas nesupravegheat". Toţi cei care practică această meserie în spitale, înţeleg foarte bine sensul acestei afirmaţii. Nimeni nu iţi spune în ce ordine trebuie să faci lucrurile, toate sunt urgente, dar tu, cel în halat alb trebuie să ai intuiţia să hotărăști care este ordinea prioritară a lucrurilor. Un alt aspect important pentru a

depăși aceste situaţii critice este ajutorul intercolegial, fără acesta nu ar avea cum să funcţioneze acest fir, iar pentru a fi ajutat trebuie să și ajuți.

Ora 8:30-9:30 este perioada în care cei mai mulţi pacienţi trebuie să fie programaţi telefonic la investigaţii. Uneori nu răspunde nimeni, sau ești rugat să revii sau redirecţionat la un alt interior, alteori secţiile respective au agenda plină cu programări pentru următoarele zile.

Ora 9:30-10:00 este intervalul în care ne pregătim de „vizita mare". Verificăm prezenţa foilor de observaţie, situaţia saloanelor dar și a pacienţilor. După ora 10 ne grăbim să verificăm medicaţia pacienţilor care trebuie să meargă la investigaţii, urmând apoi și cea a celorlalţi bolnavi.

Ora 11-12, este perioada în care se aleargă între saloane pentru a pregăti pacienţii pentru investigaţii și calculator pentru a recupera o parte din rezultatele analizelor, care nu erau gata înainte de vizită și sunt necesare la foaia de observaţie. Este destul de dificil de organizat pentru că de multe ori pacienţii au de făcut mai multe investigaţii, la ore apropiate, timpul de așteptare nu poate fi aproximat iar numărul brancardierilor este de maxim doi în tură.

În jur de ora 13 este adusă condica de medicamente de la farmacie iar cabinetul asistentelor se transformă într-un adevărat furnicar. Recuperăm rezultatele analizelor de coagulare recoltate în ziua respectivă și primim indicaţii de la medicul curant despre administrarea medicaţiei anticoagulante pentru următoarele 12, 24 sau 48 de ore. Pregătim cu repeziciune tratamentul perfuzabil, pentru ca apoi, după masa de prânz să administrăm și tratamentul oral. Mulţi dintre pacienţi trebuie să fie ajutaţi sau supravegheaţi în timpul alimentaţiei, care uneori necesită o sondă nazogastrică.

Timpul se scurge cu repeziciune și cu fiecare secundă, numărul de sarcini pe unitatea de timp cresc. Supravegherea perfuziilor, rezolvarea incidentelor intervenite, schimbarea cateterelor venoase periferice nefuncționale, este împletit cu cel acordat și agendei maro, în care fiecare investigație efectuată trebuie consemnată, dar și planul de investigații pentru zilele următoare trebuie completat cu rigurozitate.

În timpul liber rămas la dispoziție cauți să prinzi un loc liber la calculator pentru a descărca toate materialele folosite, pentru ca apoi acestea să fie consemnate în tabelul din foaia de observație a fiecărui pacient împreună cu toate manevrele efectuate în ziua respectivă.

În jur de ora 15, alergând între pacienți și cabinetul asistentelor plin de dosare, cauți raportul de gardă pentru a încerca un moment de reculegere și liniște pentru a consemna toate indicațiile pentru planul de administrare al tratamentului, dar și o parte din investigații pentru turele de după-amiază și noapte. Sunt pacienți care primesc la 2h, la 3 h, la 6 h dar și la 12 ore anticoagulant, pacienți care primesc la orele 20, 22, 02 insulină, antibiotice la 8 si 12 ore. Unii bolnavi trebuie să fie instruiți și chiar ajutați să recolteze diverse probe de urină dimineața, alții trebuie să fie la repaus digestiv pentru analize sanguine, endoscopii digestive sau ecografii treansesofagiene, o mare parte având deficite cognitive.

Uneori timpul parcă are o altă dimensiune. Sunt nopți care par interminabile, dar și dimineți în care numărul de sarcini este infinit și oricât de multe ai dori să faci, o asistentă medicală are totuși doar două mâini și două picioare!

Când toate aceste misiuni au fost îndeplinite, iar pendula este trecută de ora 15: 30, respiri ușurat și pleci cu gândul că

dacă totuși ai uitat ceva, sau puteai să îți ajuți mai mult colega de după-amiază pentru că și tu vei fi într-o altă zi în locul ei. – Carmen-Delia Petre, Asistent Medical Generalist Principal, absolvent Kinetoterapie și motricitate specială. (delia_asist_med@yahoo.com)

7.6. Blocul operator – între vocație și conștiință

Mi-am propus să descriu o zi de muncă a unei asistente medicale într-un bloc operator. Zilele nu seamănă între ele, nici operațiile, dar există protocoale și proceduri reglementate pe care o asistentă medicală trebuie să le cunoască și să le aplice.

Prin urmare, în sala de operație funcția de asistentă medicală cuprinde, în primul rând, managementul pacientului perioperator, de la sosirea sa până ajunge în Terapie Intensivă, dar și pregătirea, manipularea instrumentelor și dispozitivelor medicale.

Această profesie necesită cunoștințe în domeniul asistenței medicale, științelor biomedicale, sociale și de comunicare. Asistentele medicale care lucrează în sălile de operații, sunt persoane special instruite și calificate care fac parte dintr-o echipă multidisciplinară și au mai multe roluri: de instrumentar, circulantă sau anestezie.

Asistenta medicală circulantă *este pe marginea „zonei operatorii". Ea adună informații, analize, planuri, organizează, evaluează și oferă toată asistența medicală pacientului, asistentei de instrumentar și echipei de chirurgi. Trebuie să cunoască tehnicile chirurgicale și să fie în măsură să prevadă*

și să anticipeze nevoile chirurgului sau asistentei de instrumentar. Organizează, administrează, utilizează și controlează toată sala de operație, pentru a permite o intervenție chirurgicală în condiții optime. Participă la igienă, asepsia și siguranța pacientului și echipei medicale. Libertatea de mișcare în sala de operație îi permite să coordoneze toate activitățile acesteia având acces la alte săli de operație, magazii, anexe sau servicii externe.

Asistenta de instrumentar *acționează în zona câmpului operator steril, este „mâna prelungită a chirurgului" care știe în general ce dorește acesta, având experiență și cunoscând timpii operatori. Ea este membru al echipei chirurgicale. Cunoștințele sale legate de tehnicile chirurgicale îi permit să controleze întregul echipament chirurgical, pentru a anticipa acțiunile chirurgilor. Ea știe să-și planifice materialele, să gestioneze întreg „teatrul operator", să fie*

vigilentă și cu atenție distributivă, să dea dovadă de stăpânire de sine pentru a permite intervenția să aibă loc în cele mai bune condiții de: asepsie, eficiență, viteză, economie, securitate. O asistentă de instrumentar poate fi oricând în rolul de asistentă circulantă sau invers.

Asistenta medicală de anestezie *se ocupă de pacient din momentul în care a ajuns în sala de operație, verifică identitatea și dosarul pacientului, pregătește pacientul, echipamentul, medicamentele, pentru a ajuta apoi medicul anestezist la inducție și intubare. Participă la observarea, monitorizarea, pacientului în timpul anesteziei generale sau locoregionale apoi ajută anestezistul la trezirea sau transferul pacientului în reanimare.*

Ziua de muncă pentru o asistentă medicală din blocul operator are „pași" bine stabiliți pentru orice intervenție:

1. aflarea programului operator pentru sala respectivă;

2. pregătește sala de operație:

- *verifică curățenia.*
- *transportă trusele și materialele sterile din sterilizare.*
- *pregătește materialele pentru intervenția chirurgicală: instrumentarul și materialul moale (halate, câmpuri, fire, comprese, dispozitive);*
- *verifică funcționarea aparatelor pe care le mânuiește (bisturiu electric, masa de operație, aspirator, lampă, alte aparate – exemplu carul de laparoscopie, sau microscopul optic chirurgical);*

3. pregătește pacientul pentru intervenție:

- *verifică identitatea pacientului,*
- *consimțământul,*
- *dosarul medical,*
- *grupa sanguine și RH-ul,*

- *alergii, viruși,*
- *tipul, acordul și* ***locul intervenţiei****,*
- *poziţia pe masa de operaţie (atenţia este sporită la zonele specifice pentru escare sau arsuri cauzate de placa bisturiului electric, compresia sau elongaţia nervilor),*
- *efectuarea câmpului operator;*

4. ajută echipa chirurgicală în pregătirea operatorie, aranjarea materialelor sterile pe masa de operaţie, echiparea cu îmbrăcăminte sterilă a echipei operatorii;

5. supraveghează bolnavul în timpul intervenţiei și în cazul când nu există asistent de anestezie semnalează orice schimbare în starea bolnavului;

6. pe timpul intervenţiei urmărește desfășurarea actului operator și asigură materialul și instrumentarul necesar, anticipând cerinţele cunoscând timpii operatori, contorizează compresele (numărul primit să fie egal cu cel utilizat);

7. piesele operatorii sunt etichetate, verificate, se completează un formular și se trimit către anatomia patologică sau bacteriologie asigurându-se transportul corespunzător către laborator;

8. la sfârșitul intervenţiei se ocupă de pansamentul pacientului și transportul în siguranţă la reanimare;

9. respectă normele tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea operatorie, conform reglementărilor și legislaţiei privind colectarea, depozitarea și transportul acestora;

10. pregătește materialele și instrumentarul pentru sterilizare respectând protocoalele de decontaminare și dezinfecţie;

11. descarcă materialele consumabile și medicamentele în foaia de consum specifică pe tip de intervenţii dar și în programul informatic al unităţii sanitare;

12. scrie și verifică documentele administrative legate de foaia pacientului, graficele de decontaminare, dezinfecţie instrumentar și curăţenia sălii de operaţie.

Asistenta medicală de bloc operator stă foarte mult în picioare și în stres, are un program neregulat, știe când începe dar nu știe când se termină operaţia. Ca să poţi lucra aici, trebuie să dai dovadă de competenţă, educaţie, cunoștinţe, promptitudine, dăruire, curaj, responsabilitate, răspundere, bună comunicare. – As. Univ. Drd. Bealcu Florentina, Asistent Medical Generalist Principal Licenţiat (bealcu_florentina@yahoo.com)

Bibliografie

[1] „http://www.history.com/topics/inventions/thomas-edison/videos," [Interactiv]. [Accesat 16 05 2016].

[2] Hawking Stephen, „Sensul timpului," în *Scurtă istorie a timpului – de la BIG BANG la găurile negre*, București, Humanitas, 2006, pp. 166-168.

[3] „http://www.descopera.ro/stiinta/4804175-socantele-mistere-ale-timpului-calatoria-in-timp," [Interactiv]. [Accesat 16 05 2016].

[4] Constantin Dulcan D., Inteligenţa materiei, Cluj Napoca: Eikon, 2009.

[5] „http://bionumbers.hms.harvard.edu/bionumber.aspx?&id=110286," [Interactiv]. [Accesat 24 05 2016].

[6] M. Smolensky, L. Lamberg,, în *The Body Clock Guide to Better Health*, Henri Holt, 2000.

[7] Vásquez-Ruiz, S., Maya-Barrios, J.A., Torres-Narváez, P., Vega-Martínez, B.R.„ „ „A light/dark cycle in the NICU accelerates body weight gain and shortens time to discharge in preterm infants.," *Early human development 90.9 (2014): 535-540.*.

[8] Villa C, Ferini-Strambi L, Combi R., „The synergistic relationship between Alzheimer's disease and sleep disorders: An update.," *Journal of Alzheimer's Disease.,* pp. Journal of Alzheimer's Disease. 2015 Jun 25;46(3):571-580. Available from: 10.3233/JAD-150138, 2015.

[9] Baggs JE, Price TS, DiTacchio L, Panda S, FitzGerald GA, Hogenesch JB, „Network Features of the Mammalian Circadian Clock.," *PLoS Biology,* p. 7(3):e1000052. doi:10.1371/ journal.pbio.1000052., 2009.

[10] Servan-Schreiber JL, Contre le stress – Le nouvel art du temps, Paris: Edition Albin Michel, 2000.

[11] Toffler Alvin, „Ruptura cu trecutul," în *Șocul viitorului*, București, Editura Politică, 1973, pp. 24-30.

[12] Hallowell EM, „Overloaded Circuits: Why Smart People Underperform," în *HBRs 10 Must Reads: On managing Yourself*, Boston, Harvard Business Review Press, 2011.

[13] Moisala M, Salmela V, Hietajärvi L, Salo E, Carlson S, Salonen O, Lonka K, Hakkarainen K, Salmela-Aro K, Alho K., „Media multitasking is associated with distractibility and increased prefrontal activity in adolescents and young adults," *Neuroimage.,* pp. Apr 8; 134:113-121. Epub 2016 Apr 8., 2016.

[14] Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C., „Preventing occupational stress in healthcare workers.," *Cochrane Database of Systematic Reviews,* p. Issue 4. Art. No.: CD002892. DOI: 10.1002/14651858. CD002892.pub5, 2015.

[15] H. O. D. L. e. a. Shanafelt TD, „Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working

population between 2011 and 2014.," *Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians Mayo Clin Proc. 2015,* pp. 90:1600-1613, 2015.

[16] Pauwels EK, Volterrani D, Mariani G, Kostkiewics M., „Mozart, music and medicine.," *Med Princ Pract. 2014; 23(5):403-12. Epub 2014 Jul 19.*

[17] Yuyan G et al, „Chronic Sleep Deprivation Caused By Night Shift Work And Arterial Stiffness Among Nurses In Beijing," în *C64. Each word, upper airway and respiratory control during sleep and non pulmonary sleep disorders*, San Diego, 2014.

[18] Guo Y, Liu Y, Huang X, et al., „The Effects of Shift Work on Sleeping Quality, Hypertension and Diabetes in Retired Workers," *Plos One,* p. 8(8):e71107. doi:10.1371/journal. pone.0071107., 2013.

[19] Wang F, Yeung KL, Chan WC, Kwok CH, Leung SL, Wu C et al., „A meta-analysis on dose–response relationship between night shift work and the risk of breast cancer," *Annals of Oncology,* pp. 2724-2732, 2013.

[20] Sarah K. Davies, Joo Ern Ang, Victoria L. Revell, Ben Holmes, Anuska Mann, Francesca P. Robertson, Nanyi Cui, Benita Middleton, Katrin Ackermann, Manfred Kayser, Alfred E. Thumser, Florence I. Raynaud, and Debra J. Skene, „Effect of sleep deprivation on the human metabolome," *PNAS 2014 111 (29) 10761-10766; published ahead of print July 7, 2014, doi:10.1073/pnas.1402663111.*

[21] Johnson A L., Jung L, Brown K C.,WeaverMl T,. Richards K C, „Sleep Deprivation and Error in Nurses who Work the Night Shift, „*Journal of Nursing Administration:,* pp. Volume 44 – Issue 1 – p 17–22, 2014.

[22] Peter E. Wu, Lynfa Stroud, Heather McDonald-Blumer, Brian M. Wong, „Understanding the effect of resident duty hour reform: a qualitative study," *CMAJ Open.,* 2014 Apr-Jun; 2(2): E115–E120. Published online 2014 June 2. doi: 10.9778/cmajo.20130049.

8. Cum învingem stresul?

Răzvan Roşulescu

„Faceţi ceea ce puteţi, cu ceea ce aveţi,
acolo unde sunteţi“
— Theodore Roosevelt

8.1. Introducere

Viaţa cotidiană contemporană a început să devină din ce în ce mai aglomerată, cu numeroase sarcini dar şi posibilităţi de organizare a vieţii personale şi profesionale.

Multitudinea de alegeri pe care suntem nevoiţi să le facem ne pot pune faţă în faţă cu dileme dificile de opţiuni profesionale şi de management al timpului, generatoare de stres.

Gérard Lebel, relevă că 29 % şi 33% dintre bărbaţii şi respectiv femeile cu vârsta cuprinsă între 40-54 ani, suferă un stres intens acasă sau la serviciu. În 2003, un cercetător al Universităţii Harvard afirma că 80% dintre consultaţiile medicale au la bază stresul. Conform Institutului American al Stresului, 60-80% dintre accidentele de muncă sunt cauzate de stres [12].

Profesia medicală este una extrem de nobilă, ce oferă oportunitatea de a interacţiona cu oameni cu personalităţi diferite. De asemenea, conferă posibilitatea de a realiza o schimbare majoră, profundă, din punct de vedere uman şi social prin alinarea durerii şi vindecarea de boli ce produc disconfort şi suferinţă.

Însă, drumul pentru a fi un profesionist în domeniul medical, este sinuos, anevoios. Curba de pregătire profesională este una dintre cele mai lungi comparativ cu restul profesiilor, iar nivelul de cunoștințe din punct de vedere cantitativ și calitativ este unul impresionant.

Îmi aduc aminte prima zi de facultate, când am văzut un *banner* în fața amfiteatrului mare de la UMF „Carol Davila" din București, pe care era scris: „pregătirea profesională în medicină – 6 ani + 5 ani + …toată viața."

Așadar, această profesie medicală este extrem de solicitantă din punct de vedere al managementului timpului și al investiției intelectuale și financiare, la care se adaugă îngrijorarea cu privire la integrarea profesională și socială, după terminarea studiilor ca tânăr medic sau asistent.

Toate acestea duc la un nivel ridicat de stres ce se poate repercuta asupra vieții studențești, profesionale și personale.

8.2. Conceptul de stres

Stresul cauzat de factori stresori pozitivi sau negativi, determină un mecanism fiziologic de adaptare ce stimulează reacții din partea sistemului nervos și a celui endocrin. El apare ori de câte ori este perturbată homeostazia organismului, acel echilibru intern, perfect.

Stresul a fost introdus ca și concept de către Hans Selye ce l-a definit ca pe o reacție nespecifică a organismului uman, generată de o diversitate de agenți stresori predominant externi ce afectează subiectul la nivel senzorial, informațional și decizional [1].

În 1964, Selye făcea destăinuiri interesante legate de cercetarea sa în cartea „De la vis la descoperire":

Dacă aș fi știut la începutul activității mele ceea ce știu acum, aș fi făcut desigur mai bine lucrurile; pierzi mult timp cu netezirea asperităților. Stilul primului meu articol, referitor la „Un sindrom produs de diferiți agenți nocivi" și scris la vârsta de 28 de ani, nu constituie nici pe departe un motiv de mândrie. Într-adevăr, dacă aș fi știut atunci ceea ce știu azi, sunt sigur că aș fi formulat sindromul de stres numai cu jumătate din munca de laborator pe care a necesitat-o și de abia pe a zecea parte a hârtiei consumate atunci… Bineînțeles că nu aș fi căzut în greșeala de a mă fi supărat atât de mult din cauza criticilor aduse, în mod inevitabil, oricărei noi concepții."

În ciuda progreselor tehnologice, profesionistul din sănătate, este stresat și stigmatizat de către un sistem anormal, în care riscurile sunt supraevaluate. Din cauza unor procese pentru un potențial malpraxis și a unor asigurări exorbitante (a se vedea capitolul privind responsabilitatea actului medical), anumiți medici sau asistenți experimentați, renunță la cariera medicală. Astfel, în SUA, obstetricienii pot fi reclamați pentru eventuale prejudicii reale sau imaginare aduse copilului, de când se naște și până împlinește 18 ani. De asemenea, neurochirurgii, care trăiesc în medie cu 10 ani mai puțin decât populația generală, din cauza stresului, fac din ce în ce mai puțin de gardă, acordarea unui tratament în urgență fiind practic imposibil în multe regiuni din SUA [2].

Este extrem de evident că stresul face parte din viața noastră cotidiană și poate influența negativ pregătirea profesională și abilitatea de a ne putea integra socio-profesional prin probleme induse în sfera volițională și decizională. Astfel, este foarte important să putem dezvolta mecanisme de adaptare și de reducere a stresului.

Să presupunem că suntem în sesiune, materia acumulată este complexă și nedescifrată încă, iar timpul avut până la examen este tot mai scurt. Ca efect al acestei tensiuni se declanșează reacţii specifice de adaptare din partea organismului. Sau, dacă șeful/șefa este zilnic nemulţumit/nemulţumită, ne reproșează sistematic că nu realizăm indicatorii de management ai secţiei, amenințându-ne săptămânal cu șomajul, reacţiile compensatorii într-o primă fază, ale corpului, nu întârzie să apară. Sistemul limbic, supranumit și creierul emoţional, intervine prin structuri supraspecializate precum hipocampul, amigdala și activează axul hipotalamo-hipofizo-suprarenalian. Este **faza de alertă** ce determină secreţia unor hormoni precum adrenalina și noradrenalina (catecolamine). Ca urmare, sistemul nervos simpatic mobilizează o energie suplimentară pentru adaptarea la stres. Efectele sunt: midriaza, adică dilatarea pupilelor, creșterea tensiunii arteriale, a ritmului cardiac și respirator, hipertermia, încetinirea procesului de digestie, sau reproducere etc. Aceste mecanisme duc la creșterea nutrienţilor, a oxigenului și glucozei în creier, mușchi, alte organe, pentru a le adapta mai ușor noii situaţii (luptă sau fugă) și inhibă procesele care nu sunt importante în acest context. Eficienţa acestor mecanisme, coroborată cu încetarea stresului, conduce la revenirea către o stare normală, anterioară agresiunii. În caz contrar, dacă stresul continuă, se instalează **faza de rezistenţă**. Secreţia de glucocorticoizi crește, pentru a suplini nevoia de glucoză din organism, printre altele și, a restabili homeostazia. Dacă stresul se permanentizează, se instalează **faza de epuizare**, iar aceste reacţii ale organismului devin nocive. Pot apare boli cardio- și cerebro-vasculare dintre cele mai grave precum infarct de miocard sau accidente vasculare cerebrale, afecţiuni digestive, psihice (depresie, anxietate, insomnie) etc.

Și, pentru că în aceste zile se desfășoară campionatul european de fotbal, EURO2016, e de notat că microbiștii sunt expuși bolilor

cardiovasculare mai mult decât non-microbiștii. Astfel, în timpul Cupei Mondiale din Germania-2006, suporterii nemți au înregistrat cu 3,26 ori mai multe urgențe cardiace decât populația nepasionată de fotbal.

Conceptul de stres are o componentă pozitivă numită **Eustres** și o componentă negativă numită **Distres**.

Palmer, un mare psiholog, ridică ipoteza folosirii stresului ca pe un dinam în relația noastră cu acesta, prin modificarea și transformarea tuturor componentelor negative aduse de el în elemente pozitive, motivaționale. Practic, sugestia este să transformăm elementele distresului generatoare de frustrare și depresie în elemente ale eustresului ce pot reprezenta un suflu motivațional și emoțional pozitiv. În acest mod depășim obstacolele pe care le avem în viață[2].

În orice program de management al stresului este foarte important ca acesta să fie conștientizat de către persoana în cauză pentru a putea dezvolta mecanisme adaptative în funcție de personalitatea individuală, precum și de natura agentului stresogen [2][3].

Vorbim astfel despre *coping,* termen care provine din englezescul „to cope" și care înseamnă „a face față". El este procesul activ cognitiv și comportamental prin care un individ se adaptează vieții, unei situații stresante și reușește să o stăpânească. Acest proces are loc datorită autoaprecierii propriilor capacități și motivații.

Neutilizarea tehnicilor de conștientizare și de management al stresului, duce la o suprasolicitare emoțională negativă, reduce obiectivismul și ca atare putem să luăm decizii nefavorabile [3].

8.3. Implicațiile stresului

În viață există două tipuri de distres (stres negativ) descrise de către McLean ca **macrostres** și **microstres**.

Macrostresul este reprezentat de evenimente de viaţă majore ce pot schimba cursul ei și sunt percepute precum macazurile de cale ferată care pot duce ‚trenul vieţii' în direcţii total diferite. Microstresul este reprezentat de evenimentele cotidiene sau cele ce nu schimbă major cursul vieţii profesionale în acest caz [4].

Microstresul în schimb, deși poate fi interpretat și perceput ca nesemnificativ, poate acţiona conform principiului picăturii chinezești și poate modifica percepţia și efectele macrostresului asupra organismului [4]. Ca profesioniști în domeniul sănătăţii, timpul de muncă așa cum s-a arătat deja, este foarte important a fi respectat, din acest considerent.

Termenul japonez *Karoshi* definește moartea determinată de surmenaj sau de un stres important la locul de muncă, făcând obiectul unei campanii naţionale de prevenire încă din 1980. Un alt cuvânt japonez, *Karo jisatsu* desemnează sinuciderile cauzate de stres sau muncă excesivă.

Stresul bazal – este o formă de stres cotidian care se întâlnește în viaţa personală și în cea profesională, indiferent de tipul acesteia fiind legat în mod direct de inechivalenţa dintre aşteptările fiecăruia dintre noi și evenimentele exterioare nouă [5].

Cele mai importante modalităţi de adaptare la acesta sunt reprezentate de contracararea frustrărilor și a tensiunilor psiho-emotionale prin:

- identificarea sursei stresului,
- menţinerea unui program de odihnă regulat adaptat vârstei,
- folosirea unei alimentaţii sănătoase și adaptate consumului caloric,
- cultivarea unor relaţii constructive de natură a consolida stabilitatea afectivă,
- reglarea consumului de alcool și de tutun
- gestionarea timpului liber [5].

Stresul cumulativ apare atunci când avem numeroase evenimente cu o încărcătură psihologică importantă socio-profesională și afectivă deosebit de intensă ce apar cu o frecvenţa foarte mare, prezentând o durată prelungită [5].

Negustor tailandez de fructe tropicale (colecţie foto personală)

În 1967, psihiatrii Thomas Holmes și Richard Rahe, au elaborat o scală ce le poartă numele, pe baza constatărilor efectuate pe 5000 pacienţi. Ei au corelat diferiţii factori stresori sintetizaţi în 43 de categorii cu diversele afecţiuni ale bolnavilor examinaţi. Un scor peste 300 relevă risc mare de boală și moderat pentru valori între 150-299. O valoare a scorului sub 150 se corelează cu un risc mic de boală.

Scala pentru stres Holmes & Rahe – adaptată

Nr.	Eveniment	Scor
1	Moartea soţului / soţiei	100
2	Divorţ	73
3	Separare conjugală	65
4	Eliberare din închisoare	63
5	Moartea unei rude dragi	63
6	Boală	53
7	Căsătorie	50
8	Pierderea serviciului	47
9	Reconciliere conjugală	45
10	Pensionare	45
11	Boala a unei rude	44
12	Graviditate	40
13	Dificultăţi sexuale	39
14	Membru nou în famílie	39
.....		
32	Schimbarea locuinţei	20
33	Schimbarea școlii	20
34	Schimbarea unor activităţi de timp liber	19
35	Schimbarea unor activităţi religioase	19
36	Schimbarea unor activităţi sociale	18
37	Datorii mici	17
38	Schimbarea programului de somn	16
39	Reuniuni familiale	15
40	Schimbarea obiceiurilor alimentare	15
41	Vacanţa	13
42	Crăciunul	12
43	Contravenţii	11

Acest tip de stres cumulativ este foarte important de identificat fiindcă necorectarea sa poate conduce la sindromul de epuizare psihică.

Consecinţele acestui sindrom pot fi dezastruoase cu repercusiuni severe:

- afectarea memoriei,
- diminuarea capacităţii de concentrare,
- scăderea stimei de sine
- abandonarea studiului prin percepţia extrem de eronată că persoana nu poate face faţă solicitărilor externe[6].

Ca atare pot apărea sentimente de frustrare, de vinovăţie, imposibilitatea de a evalua succesele și eșecurile, neacceptarea obosealii cronice.

Pentru a putea evita cu succes stresul cumulativ, este vital pentru fiecare dintre noi să ne cunoaștem limitele pentru a ne stabili ţinte realizabile.

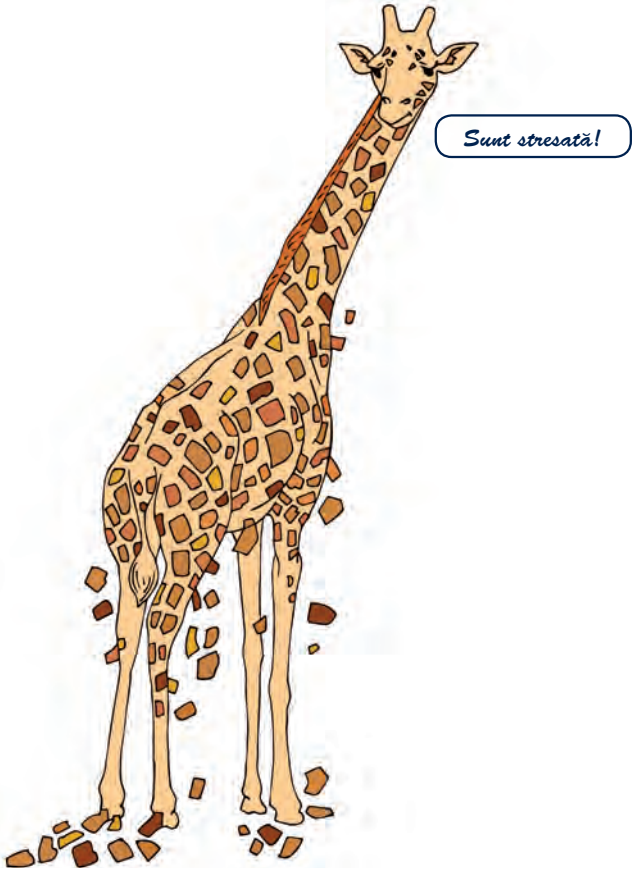
Așa cum s-a arătat deja în capitolul precedent, organizarea timpului, capacitatea de a nu se realiza supraaglomerarea cu diverse sarcini profesionale simultan într-un interval scurt de timp, grija faţă de psihicul și fizicul propriu, duc la evitarea în timp a acestuia [6].

Pentru un viitor medic sau asistent, este foarte important ca acesta să poată transmite încredere pacientului, insuflându-i acestuia sentimentul că va putea fi tratat și îngrijit cum se cuvine. De cele mai multe ori, prin prisma timpului mai îndelungat petrecut alături de pacienţi, asistenţii și asistentele medicale pot fi influenţaţi mult mai puternic de efectele negative ale stresului profesional [7].

Un studiu foarte interesant efectuat de către autorităţile medicale din Australia în care au fost incluși 14 asistenţi și asistente medicale din secţii cu un puternic impact psiho-emoţional ca cele de oncologie și oncopediatrie au beneficiat de un program de autocunoaștere a mecanismelor de reacţie la stres.

Studiul a avut durata de 7 săptămâni timp în care prin procesul de autocunoaștere fiecare a reușit să șlefuiască fațete comportamentale de adaptare pozitivă la situațiile stresogene, cu ameliorarea capacității de concentrare și de gestionarea constructivă a timpului liber, cu refacere emoţională corespunzătoare [7].

Cea mai importantă variabilă internă ce poate influența efectul stresului asupra unei persoane este propria personalitate[8]. Ea ne poate influența modul de expunere la stres precum și reacţia pe care o vom avea postexpunere.



Expunerea reprezintă riscul sau probabilitatea de a ne întâlni și confrunta cu situaţii stresante. Reactivitatea este tipul de feed back pe care îl așteptăm, sau patternul comportamental afectiv și psihologic pe care îl folosim ca răspuns la evenimentele stresante [9].

Personalitatea este un atribut extrem de complex care se construiește în cei 18 ani de dezvoltare psiho-fizică și care poate fi în continuare modulat.

Smith și colaboratorii au arătat faptul că expunerea la stres intens, cumulată cu o reactivitate crescută, poate sta la baza unor tipuri comportamentale ce determină predispoziţia de apariţie a unor categorii de boli.

Astfel, o expunere foarte mare precum și o reactivitate foarte mare sunt caracteristice **tipului comportamental A**, ce este predispus pentru dezvoltarea de boli cardiovasculare în principal prin suprasolicitarea și hiperstimularea sistemului nervos autonom simpatic [10].

Acești indivizi se caracterizează prin ostilitate, intoleranţă, perfecţionism, neliniște, competitivitate, autoritate, implicare profesională majoră etc. Ca rezultat al acestui profil psihocomportamental, vor avea o reactivitate crescută la stres, cu eliberarea hormonilor de stres în cantitate dublă faţă de ceilalţi indivizi.

Reactivitatea la stres poate modula practic consecinţele și predispoziţiile de natură psihologică și somatică de a genera boli. Așa s-a impus **teoria expunerii și reactivităţii diferenţiate** prin care se descrie importanţa modului de a reacţiona la factorii stresogeni conform zicalei „nu contează ceea ce ţi se întâmplă în viaţă, ci contează cum reacţionezi la ceea ce ţi se întâmplă“ [11].

8.4. Metode de adaptare la stres

Așa cum aminteam, permanentizarea stresului duce la reacţii patologice ale organismului, dintre cele mai diverse.

Pot apărea tensiuni musculare, oboseală, ameţeli, cefalee, insomnie, lipsa poftei de mâncare, probleme digestive, sau de reproducere. În plan emoţional, se descriu stări de iritabilitate, agitaţie, depresie, fobii etc.

Strategiile de intervenţie și de control ale stresului psiho-emoţional își propun identificarea metodelor de adaptare la stres și depășirea evenimentelor [12] [13].

Testarea psihologică este deosebit de relevantă pentru identificarea patternului psihologic, a mijloacelor optime de adaptare a fiecărui individ la stres și de consiliere conform acestora.

Consilierea individuală poate fi extrem de simplă până la deosebit de complexă în funcţie de aspectele abordate.

Un rol foarte important îl au atât persoana consiliată cât și persoana care realizează consilierea.

Persoana consiliată trebuie să fie deschisă, să accepte sfaturi și sugestia de punere în practică.

Persoana ce realizează consilierea trebuie să aibă experienţă profesională și umană necesară acestei activităţi precum și expertiză psihologică de a cunoaște modalitatea de sugestie pozitivă și de consiliere activă a unei persoane. Se realizează comparaţia cu utilizarea unei lanterne, adică ești în întuneric și nu știi sigur care este strada corectă așa că ţi se oferă o sursă de lumină dar rămâne la latitudinea ta cum și când o folosești.

Astfel, este esenţial să se păstreze autonomia persoanei consiliate și ghidarea cu acordul acesteia către depășirea momentelor de stres maxim din viaţa profesională – exemplu: gestionarea corespunzătoare a timpului și emoţiilor din perioadele de sesiune din facultate.

Există mai multe tipuri de strategii de coping în privința stresului. Printre cele mai eficiente se numără **tehnicile individuale** de automonitorizare a factorilor stresori și a simptomelor generate de aceștia descrise de Matteson și colaboratorii în 1980.

Astfel rolul principal în această tehnică este abilitatea persoanei de a identifica factorii stresogeni, de a-i conecta cu evenimentele potențial stresante și de a prelua precum un puzzle fiecare element în parte pentru a găsi multiple soluții mici la o problematică mai mare.

Tehnica de toleranță crescută la stres descrisă de Kendall și Bernis provine din ideea că stresul este inevitabil pe parcursul vieții, iar principalul scop al acestei tehnici este de a modifica percepția fiecărei persoane asupra evenimentelor potențial stresogene. Se aplică tehnici de interpretare cognitivă prin care se încearcă modificarea modului de gândire și de reacție la stres [13].

Tehnicile de relaxare descrise de Mason urmăresc modificarea unor parametrii fiziologici ce pot avea o activitate extrem de crescută în timpul perioadei de stres acut. Astfel, persoana este învățată să își modifice frecvența și amplitudinea respirațiilor sau să mediteze. Se realizează astfel, diminuarea percepției stimulilor externi prin concentrarea asupra frecvenței respiratorii și combaterea hiperstimulării sistemului nervos autonom simpatic [13]. Astfel, un studiu randomizat, controlat, pe un grup de studenți la nursing din China, având anxietate moderată, au fost incluși într-un program de meditație de minim 30 minute, 7 zile. Față de grupul de control, ei au avut o reducere a tensiunii arteriale și a gradului de anxietate (Yu Chen, 2014).

De asemenea, Kuna și colaboratorii, au sugerat efectuarea diferitelor tehnici de **autosugestie pozitivă** prin care o persoană își imaginează rezultatul pozitiv la problema apărută, anticipându-l.

Cum afirma Roskies, se încearcă temperarea reacțiilor negative la stres prin tehnici de diminuare a nivelului de catecolamine și pe gândirea pozitivă că fiecare problemă poate fi împărțită în mai multe

părţi mici ce pot fi rezolvate secvenţial cu o implicare emoţionala negativă tip distres mult mai mică și cu o finalitate pozitivă.

Strategiile individuale sunt deosebit de utile și pot fi extrem de ușor de aplicat în viaţa de zi cu zi, fiind ușor de asimilat, dar **strategiile organizaţionale** sunt cele care pot realiza o abordare completă din toate unghiurile a situaţiilor stresogene[14].

Tehnicile de dezvoltare a resurselor sunt centrate pe sprijinul acordat colegilor de serviciu sau colegilor de liceu sau facultate în demersul acestora de adaptare la situaţiile stresante.

Teoria centrală a acestei tehnici este că uneori o privire exterioară poate fi mai constructivă faţă de cea din interiorul problemei aducând elemente inovatoare și de completare în strategiile adaptative la distres [14].

Tehnica de planificare a muncii vizează o organizare a acesteia astfel încât să fie evitate incertitudinile de pe parcursul vieţii profesionale.

Este foarte important încă din timpul studiilor medii liceale să fie conştientizate aptitudinile personale, pe care se bazează alegerea unei cariere[14].

Hall și colaboratorii realizează o foarte frumoasă paralelă cu drumul pe o cărare dintr-o pădure deasă de la care nu te abaţi având însă o hartă foarte detaliată în mână. Dacă te uiţi înapoi vezi ce mult din porţiunea de cărare a fost deja parcursă. Prezentul te face să te regăseşti tot pe cărare, iar harta îţi spune că eşti în continuare pe drum, către obiectivul tău[15].

Tehnicile centrate pe activităţile de muncă se referă la diversificarea activităţilor profesionale. Drept exemplu în viaţa studenţească, atunci când ai de învăţat la mai multe materii care au un volum crescut, este mai util să îmbini studiul la acestea și nu să te centrezi pe un volum foarte mare dintr-o singură materie un timp îndelungat [15].

Tehnicile de optimizare a relaţiilor interpersonale și de modificare a procedurilor organizaţionale sunt centrate pe colaborarea dintre colegi – spre exemplu împărţirea unor cursuri cu învăţarea acestora într-un grup organizat sau, întâlniri restrânse și lămurirea neînţelegerilor avute din materialul parcurs [15].

Promovarea unui stil de viaţă sănătos este esenţială, iar „un corp sănătos este barometrul unei minţi sănătoase“, cum afirma yoghinul Swami Shivananda.

Un stil de viaţă sănătos constituie baza pentru o funcţie neurocognitivă optimă, pentru crearea rezervelor energetice ce se pot consuma în timpul evenimentelor stresogene. Acest stil constă în:

- evadare din cotidian;
- sport cu caracter recreaţional;

- tehnici de regresie, joaca cu copiii sau animalele preferate, coloratul cărţilor etc.;
- programe antidistres: descărcarea psihică prin râs, plâns, exprimare verbală, antrenarea într-o activitate fizică, meditaţia, rugăciunea etc. Respectarea regulii celor „trei de opt“, adică 8 ore de muncă, 8 ore de odihnă și 8 ore de relaxare [16];
- crearea de eustres prin participarea la activităţi plăcute precum expoziţii, spectacole, dans, concerte, audiţii, excursii, acţiuni filantropice, voluntariat, petrecerea unor clipe minunate în familie etc.

Dinamica de grup este foarte importantă. Posibilitatea de a avea un suport familial si social care să aline impactul negativ pe care agenţii stresori îl pot avea, constituie un mare avantaj [17].

Setarea unor obiective profesionale și sociale abordabile și finalizabile cu succes într-un interval de timp determinat, reprezintă întotdeauna un punct de referinţă pentru viitoarele succese socio-profesionale[18].

În acest sens a fost elaborată *teoria treptelor* care compară viaţa profesională cu un șir nesfârșit de trepte pe care dacă le urci una câte

una, nu există riscul să cazi și, cu fiecare treaptă vei fi întotdeauna mai sus, așadar vei avea un progres continuu.

Să ne imaginăm astfel, cele 777 de trepte pe care le avem de urcat din portul cochet al insulei Capri, spre Anacapri. La capătul lor, se ridică una dintre cele mai frumoase vile ale Italiei, casa de la San Michele, a lui Axel Munthe, medic suedez. Priveliștea care ţi se oferă, demnă de uriașul sfinx din granit (foto), este splendidă, răsplătind cu generozitate maximă efortul fizic și de voinţă, depus.

Sfinxul de la San Michele-Anacapri (foto colecţie personală)

Sănătatea psiho-emoţională este la fel de importantă ca și cea fizică. Pornind de la înţelegerea emoţiilor și a rolului lor în apariţia bolilor, s-a dezvoltat foarte mult psihoterapia centrată pe emoţii, sau proces-experienţială cum se mai numește, care urmărește dezvoltarea inteligenţei emoţionale. Ea conferă armonizarea oamenilor între ei dar și cu ei înșiși[19]. Inteligența emoțională (EQ) presupune autodisciplină, autocunoaștere și empatie și, conform lui Daniel Goleman, autorul celebrei cărți „Inteligența emoțională“ poate fi îmbunătățită.

Starea de sănătate este corolarul ce permite tuturor acestor strategii și tipuri de intervenţii să fie eficiente și rodnice. Toate acestea le putem obţine așa cum am menţionat deja, prin:

- hidratarea zilnică adecvată;
- reducerea consumului de alcool;
- evitarea psiho-energizantelor;
- renunţarea la fumatul activ sau pasiv;
- efectuarea unor activităţi fizice cu caracter recreaţional de tip izoton, aerobe cel puţin 30 minute zilnic;
- diversificarea activităţii profesionale;
- evitarea stresului cumulativ;
- abordarea unei alimentaţii corecte [20].

Dar atenţie la tabieturile care îţi înfrumuseţează ziua, precum ceașca cu cafea. Dintre cele aproximativ 1000 substanţe existente în cafeaua prăjită, numai 26 au fost studiate în privinţa potenţialului carcinogen, iar 19 l-au confirmat pe animalele de laborator. Și, legat tot de hrana sănătoasă, să ştiţi că alimentele prăjite și arse consumate zilnic, sunt de câteva sute de ori mai cancerigene decât aerul inhalat zilnic într-o mare metropolă [2].

La nivelul colectivităţii, realizarea unor sondaje de opinie poate permite identificarea mai facilă a factorilor stresogeni comuni și aplanarea sau amendarea acestora.

Managementul stresului profesional printre studenţii medicinişti, atât de medicină generală cât și de medicină dentară și asistenţă medicală este de asemenea vital. Aceste categorii de studenţi sunt supuse unor nivele de stres superioare faţă de alţi studenţi.

Un studiu coreean foarte interesant confirmă acest aspect și face referire la un chestionar – EASSI – care poate identifica problemele psihologice și comportamentale apărute din cauza spiritului competiţional ridicat și volumului crescut de informaţie medicală. Acesta conţine 13 întrebări pe 4 domenii ce pot identifica factorii stresogeni

care pot fi atenuaţi semnificativ [21]. Să luăm aminte că:„Colaborarea este de departe, mult mai puternică decât concurenţa“ cum afirma indianul Jaggi Vasudev.

Să luăm exemplu de la celulele organismului! Între ele nu există concurenţă, ci numai colaborare, fiecare ştie ce are de făcut în acest angrenaj impresionant care este organismul uman. În momentul în care unele doresc să fie independente şi să nu mai colaboreze, se multiplică excesiv şi apare boala neoplazică care, mai devreme sau mai târziu duce la moartea tuturor celulelor!

În concluzie, stresul face parte din viaţa oricărei persoane indiferent de vârstă, statut social sau profesional şi este important să ştim cum putem să atenuăm efectele sale nocive sau disruptive şi să folosim elementele de catalizare şi concentrare a energiei ce pot deriva din acesta.

Bibliografie

[1] Beehr, T.A. (1985) Organizational stress and employee effectiveness: a job characteristics approach, in T.A.Beehr and R.S. Bhagat (eds), Human Stress and Cognition in rganizations. New York: John Wiley and Sons.

[2] Carson,B (2008), Asumă-ţi riscul.Majesty press, Arad, 277-278.

[3] Bonoma, T.V., Slevin, D.P. (1978) Executive Survival Manual Boston: CBI.61

[4] Cooper, C.L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace Journal of Occupational and Organizational Psychology.

[5] Ivancevich, J.M.,Matteson, M.T. (1980). Stress and Work: A Managerial Perspective, Glenview, IL: Scott Foresman.

[6] Hall, D.T. (1986). Carrers in Organizations. Pacific Palisades: Good Year.
[7] P. van der Riet et al. / Nurse Education Today 35 (2015) 44–49
[8] Jackson, S.E. (1984). Organizational practices for preventing burnout, in A.S Sethi and R.S. Schuler (eds), Handbook of Organizational Stress Coping Strategies. Cambridge, MA: Ballinger.
[9] Jackson, S.E. (1983). Participation in decision making as a strategy for reducing job-related strain, Journal of Applied Psychology, 68, 3-19.
[10] Popa-Velea Ovidiu, Psihologie medicală., Ed. Universitară „Carol Davila", București 2006, p 58-68.
[11] Kendall, P.C., Bernis, K.M. (1983). Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavior approaches, in M. Hersen, A.E. Kazdin and A.S. Bellack (eds), The clinical Psychologist Handbook. New York: Pergamon Press.
[12] Guide de autosoins pour la gestion du stress – Rédigé par: Gérard Lebel, inf. clinicien, MPs, MBA Mise en forme par: Susan K Tam, tech. en administration Dernière révision: juin 2013 page 18-2013.
[13] Kuna, D.J. (1975). Meditation and work, Vocational Guidance Quarterly, 23.
[14] Mason, J.L. (1980). Guide to Stress Reduction. Culver City, CA: Peace Press.
[15] Sethi, A.S. (1984). Meditation for coping with organizational stress, in A.S. Sethi and R.S. Schuler (eds), Handbook of Organizational Stress Coping Strategies. Cambridge, MA: Ballinger.
[16] Sarah K. Davies, Joo Ern Ang, Victoria L. Revell, Ben Holmes, Anuska Mann, Francesca P. Robertson, Nanyi Cui, Benita Middleton, Katrin Ackermann, Manfred Kayser, Alfred E. Thumser, Florence I. Raynaud and Debra J. Skene, „Effect of sleep deprivation on the human metabolome", PNAS 2014 111 (29) 10761-10766; published ahead of print July 7, 2014, doi:10.1073/pnas.1402663111.

[17] Mathney, K.B., Aycock, D.W., Pugh, J.L., Curlette, W.L. and Cannela, K.A. (1986). Stress coping: a qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment, The Counseling Psychologist, 14, 499-549.

[18] Palmer, S. (1995). Stress counselling & stress management: the rational emotive behaviour approach, The Rational Emotive Behaviour Therapist, 3, 2, 82-86. Integrated Approach. New York: Plenum.

[19] Cucu-Ciuhan Geanina, Managementul stresului, aplicaţii ale psihoterapiei experienţiale centrate pe emoţii, Editura SPER, București, 2014, pg 76-110.

[20] Ross, R., Altmaier, E. (1994). Intervention in Occupational Stress. A Handbook of Counselling for Stress at Work, Sage Publications, London.

[21] Hee Kon Shin, Seok Hoon Kang, Sun-Hye Lim – Development of a modified asian student stress inventory by comparing stress level in medical students with those in non-medical students – Korean Journal of Family Medicine, September 15, 2015.

9. Standarde ocupaţionale, profesiograme și caracteristici de personalitate în formarea medicală

Gabriel Constantin, Adina-Mihaela Andreiu

„Personalitatea este ca o monedă de argint care, oricum o arunci, cade mereu cu efigia în sus, niciodată cu reversul."

— Lucian Blaga

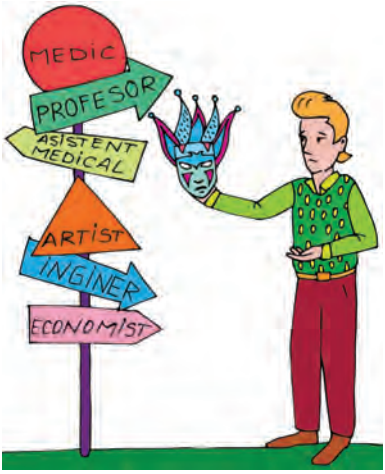
9.1. Răscrucile în formarea medicală

Sunt potrivit(ă) pentru profesia medicală? Sunt capabil(ă) să o practic? Ce specialitate să aleg? Voi reuși în carieră, voi avea succes? Acesta este alt contingent de întrebări pe care, poate nu atât de explicit și poate nu chiar de la început, și le pun mulţi dintre cei care se gândesc să urmeze o carieră medicală. Și dacă nu și le pun ei, candidaţii care bat la poarta acestei profesii, atunci și le pun părinţii lor.

În fapt, sunt două răscruci obligatorii de drumuri în care ajungi când ești pe traseul de formare profesională medicală:

- prima răscruce („răscrucea profesiei") este cea prin care trec toţi absolvenţii cu bacalaureat, atunci când decid ce profesie/meserie vor să practice;
- a doua răscruce („răscrucea specialităţii") este cea prin care trec toţi cei care, după ce au ales profesia medicală, au

finalizat cu succes studiile de licenţă în această profesie (pe ramura Medicină, sau pe ramura Asistenţă Medicală).



Care sunt, totuși, răspunsurile la astfel de întrebări și ce fel de indicatori sau predictori putem găsi în acest scop? E util de precizat că răspunsurile au unele nuanţări în funcţie de răscrucea pe care o vizăm și că situaţia de la fiecare răscruce trebuie văzută din două perspective: care anume sunt practicile efective din teren și, a doua, cum anume ar fi mai recomandat să se procedeze.

A. „Răscrucea profesiei“, sau cum își dau seama candidaţii că sunt potriviţi pentru o carieră medicală

La acest capitol, „indicatorii“ cel mai frecvent folosiţi pe scară largă în ultimii cel puţin 40-50 de ani, sunt – da, aţi ghicit – „cât de bine învaţă la școală“, „ce memorie au“ și „cât de buni sunt la biologie, chimie și fizică“.

Cel mai tipic aici este cazul formării universitare a medicilor, pe care îl vom detalia mai departe. Până în 1989, în România toate facultăţile erau numai de stat, iar intrarea în orice profesie care presupunea studii universitare se făcea obligatoriu numai prin examen-concurs. Admiterea la Medicină însemna atunci 3 probe scrise, date în 3 zile consecutive, la disciplinele fizică, chimie și biologie, iar rezultatul final consta în media aritmetică a notelor de la 1 la 10 primite la fiecare din cele 3 discipline de concurs. Medicina își căpătase deja de mult timp reputaţia unei facultăţi foarte grele, cu concurenţă mare la admitere, cu medie foarte mare de intrare și cu un examen de admitere foarte dificil.

În aceste condiţii putem să constatăm că cei trei indicatori „empirici", folosiţi nativ de candidaţi la intrarea în profesie (admiterea în facultate) au fost produși printr-un fel de analiză (așa cum e și uzanţa în domeniu, de altfel) în urma observării practice a admiterilor de-a lungul multor ani, dar nu era vorba de analiza profesiei medicale cu solicitările ei specifice (așa cum ar fi trebuit să fie), ci de analiza… solicitărilor specifice examenului de admitere la medicină și procesului de învăţământ din anii de facultate.

Aceşti trei predictori „empirici" amintiţi pot fi satisfăcător de corecţi doar în varianta în care sunt folosiţi strict personal și numai pentru o anticipare subiectivă a reușitei la examenul de admitere. Este evident că ei nu pot arăta și cât de potrivit(ă) eşti pentru o carieră medicală și, implicit, nici nu pot prezice succesul în carieră, pentru că el nu depinde doar de memorie (deși e folosită intensiv în cariera medicală), nici de cât de mult poţi să înveţi (deși în medicină trebuie să înveţi toată viaţa), nici de cât de multă biologie, chimie și fizică știi.

În SUA, de exemplu, nu este nevoie de astfel de predictori „empirici" deoarece acolo testele psihologice sunt folosite direct ca parte integrantă a procedurii de admitere în colegii și facultăţi.

Exemplul cel mai clar este testul **SAT** (**Scholastic Aptitude Test** – testul de aptitudini pentru învăţământul superior), creat încă din anul 1926 și cu revizuiri succesive până în prezent, la care aplică în fiecare an circa două milioane de liceeni americani, și care este folosit de majoritatea facultăţilor americane [3].

Înainte de a aplica la o facultate, pentru identificarea intereselor și capacităţilor personale utile pentru o profesie, inclusiv cea medicală, este folosit (pentru aproximativ douăzeci și două de milioane de oameni) testul **SDS** (**Self-Directed Search**) sau testul **Holland**, care va fi detaliat în partea finală a acestui capitol [3].

Un alt exemplu tot din SUA este testul **GRE** (**Graduate Record Examination**), folosit la examenele de admitere în școli postliceale și profesionale, elaborat în urmă cu mai mult de 70 de ani (suferind și el revizuiri succesive în timp). Tocmai pentru valoarea lui crescută în orientarea școlară, înainte era aplicat de mai multe ori pe an, iar în prezent poate fi administrat atât computerizat, cât și în varianta creion-hârtie în centre de testare [3].

De altfel, citând expres pe McIntire și Miller, „testarea psihologică face parte din cultura americană“ [3].

Revenind în perimetrul nostru naţional, un al doilea mod, după indicatorii „empirici“, folosit pentru a evalua compatibilitatea personală cu medicina era/este justificarea de tipul: „Asta vreau eu să fac: o carieră medicală“, la care erau/sunt adăugate sau nu alte argumente.

Acestea pot fi de tipul: fiindcă mama/tata/părinţii este/sunt medic(i), sau fiindcă e o meserie curată în care lucrezi în halat alb, sau fiindcă medicii și profesia medicală sunt respectaţi în societate ș.a.m.d. Altfel spus, aceste justificări nu sunt evaluări de aptitudini/abilităţi/capacităţi specifice ale persoanei, care să o recomande în profesie, ci sunt de obicei argumente extra-personale sau, pur și simplu, enunţarea unor caracteristici atrăgătoare ale profesiei.

A nu se înţelege de aici că e în totalitate greşită o astfel de abordare, dar comparaţia cu exemplele din SUA prezentate mai sus ne este cu totul și cu totul defavorabilă.

Sigur că voinţa este foarte importantă pentru un parcurs profesional de succes, dar e la fel de ușor de sesizat că ea nici nu ţine locul unui întreg listing de capacităţi personale necesare în mod specific într-o profesie, și nici nu e suficientă pentru a face pe termen lung ceva de performanţă.

Referindu-ne acum la asistenţii medicali, traseul lor de formare profesională are aspecte fundamental diferite înainte și după anul 2005. Înaintea acestui an, la noi profesia era însușită în învăţământul mediu (liceal/postliceal): în școli profesionale sanitare (înainte de 1980), apoi (anii 1980-1990) în licee sanitare, iar imediat după 1989 au fost reînfiinţate școlile sanitare postliceale.

Din 2005 formarea profesională pentru domeniul asistenţă medicală a fost reproiectată și în România conform cerinţelor europene în materie: profesia a devenit de nivel universitar, iar formarea se realizează parcurgând o facultate dedicată în cadrul universităţilor de medicină și farmacie.

Intrarea în profesia de asistenţă medicală s-a făcut conform reglementărilor legale în vigoare în fiecare din perioadele amintite mai sus, prin examen de admitere în liceul sanitar/școala sanitară/facultatea de profil, sau prin altă formă de înscriere/admitere legal prevăzută într-o perioadă sau alta.

Ca o concluzie la această secţiune, observăm că în practica instituţională actuală intrarea în profesia medicală (medicină, asistenţă medicală) se face doar prin evaluarea nivelului achiziţiilor cognitive la unele discipline de studiu din timpul liceului (trei discipline în trecut, două sau una în prezent).

Pentru niciuna din cele două ramuri principale ale profesiei medicale (medicină și asistenţă medicală) nu există niciun fel de

practică – nici reglementată legal, nici cutumiară – prin care la intrarea în profesie/specialitate să se evalueze caracteristicile de personalitate și capacitățile individuale de ordin psiho-motric specifice ale candidatului, solicitate de profesia/specialitatea respectivă.

B. „Răscrucea specialității", sau maniera actuală în alegerea specialităților medicale

Această răscruce survine după terminarea studiilor de licență și îndeplinirea celorlalte prevederi legale pentru obținerea dreptului de accesare a unei specialități în medicină sau în asistență medicală. Aici situația pe care o avem de expus este mult mai simplă decât în secțiunea A.

Dragă, sunt încă nelămurită cu privire la ce anume sunt mai potrivită să fac: să gătesc în bucătărie ca o femeie, să înot în mare ca un pește sau să ademenesc prin povești ca o sirenă?

Toţi licenţiaţii facultăţilor de medicină acreditate, care îndeplinesc condiţiile legale amintite mai sus, pot să susţină examenul-concurs pentru intrarea în rezidenţiat – examen care înseamnă tot verificarea numai a achiziţiilor lor academice – și apoi își aleg specialitatea conform poziţiei lor în clasamentul rezultatelor concursului de rezidenţiat, în funcţie de ceea ce mai rămâne liber până la poziţia lor din clasament.

Concluzia acestei secţiuni este că la noi în ţară nici la „răscrucea specialităţii“ nu se practică vreun fel de evaluare oficială preliminară privind existenţa la un nivel satisfăcător a acelor caracteristici individuale de tip aptitudini/abilităţi/ capacităţi psiho-motorii (inclusiv laturi, trăsături, tendinţe de personalitate) utile pentru exercitarea deplină, în siguranţă și cu succes, a profesiei.

Modul în care ar fi mai indicat să se procedeze în această situaţie este prezentat în subcapitolul următor.

9.2. Standarde ocupaţionale și profesiograme

Atunci când o persoană este evaluată pentru a se stabili gradul în care capacităţile sale individuale satisfac cerinţele specifice ale unei profesii, este logic că mai întâi de toate trebuie să știm cu o acurateţe măcar rezonabilă care sunt acele cerinţe ale profesiei.

Aceste două seturi complexe de informaţii – solicitările specifice ale profesiei și caracteristicile individuale necesare ale persoanei – sunt rezolvate de două instrumente de formare-evaluare aflate încă la început de drum în România: standardele ocupaţionale (stabilesc solicitările specifice ale profesiei) și profesiogramele (stabilesc caracteristicile necesare ale persoanei pentru a urma o anumită profesie).

A. Standardele ocupaţionale în profesia medicală (în medicină și în asistenţa medicală)

Standardul ocupaţional al unei profesii este un document prin care se identifică, se clasifică și se cuantifică întregul conţinut informaţional, procedural și de conduite motorii profesionale (manevre manuale, tehnici de execuţie, operarea și manipularea aparaturii și echipamentelor etc.) pe care îl deţine o profesie și pe care trebuie să și-l însușească orice persoană care practică respectiva profesie.

Întreaga activitate pentru elaborarea standardelor ocupaţionale (procedura de elaborare, structura conţinutului standardului, etape de avizare și aprobare) este reglementată prin lege și se află sub jurisdicţia Autorităţii Naţionale pentru Calificări-ANC (www.anc.edu.ro), din subordinea Ministerului Educaţiei Naţionale și Cercetării Ştiinţifice.

Elaborarea unui astfel de standard ocupaţional (SO) este monitorizată de la început la final de ANC, care dă și aprobarea finală, și este realizată efectiv de colective de specialiști care activează în domeniul respectiv, cu consultarea organizaţiilor profesionale din respectiva profesie.

Din raţiuni de a îndepărta orice confuzii, menţionăm că pentru fiecare specialitate din medicină (medic de familie, medic oftalmolog, medic radiolog, medic internist etc.), la fel ca și pentru fiecare specialitate din asistenţa medicală (asistent medical de interne, asistent medical de chirurgie, asistent medical de radiologie, obstetrică, laborator ș.a.m.d.) ar trebui să existe câte un astfel de standard profesional special dedicat.

Toate standardele ocupaţionale elaborate până acum în România se află postate pe site-ul Autorităţii Naţionale pentru Calificări, într-o secţiune special destinată (www.anc.edu.ro – Asigurarea calităţii-control – Asigurarea calităţii – SO).

Consultând site-ul, putem observa că nicio specialitate medicală din medicina umană nu are elaborat standardul ocupaţional, dar că pentru următoarele 13 specialităţi din asistenţa medicală s-a elaborat un astfel de standard: anestezie și terapie intensivă, balneo-fizioterapie, asistent generalist, laborator, chirurgie, igienă și sănătate publică, neonatologie, obstetrică-ginecologie, radiologie, farmacie, dietetică și nutriţie, asistent medico-social și asistent medical comunitar.

Consecinţa directă a lipsei standardelor ocupaţionale pentru specialităţile din ramura Medicină este aceea că nu poate fi încă elaborată, pentru nicio specialitate medicală, o profesiogramă care să poată fi acceptată de instituţiile de stat implicate în formarea-specializarea medicilor, pentru a fi, eventual, folosită ca fundament pentru pre-selecţia pe baza capacităţilor personale specifice la intrarea în profesie și, mai târziu, în specialitate.

Pentru ramura Asistenţă Medicală premisele sunt mai evoluate din această perspectivă, dată fiind existenţa celor deja 13 standarde ocupaţionale în specialităţile nominalizate.

Deocamdată, însă, lucrurile rămân și aici la latitudinea factorilor decidenţi instituţional în materie de formare-specializare a asistenţilor medicali; primul lor pas ar trebui să fie acela de a analiza oportunitatea-necesitatea-utilitatea de a introduce o astfel de evaluare a nivelului de dezvoltare cerut de profesie, respectiv, de specialitate, pentru caracteristicile personale specifice.

B. Profesiogramele în medicină și în asistenţa medicală

Spre deosebire de standardul ocupaţional, care are chiar o reglementare juridică, profesiograma este tot un instrument de formare-evaluare, dar care provine de pe piaţa privată, adică din practica de resurse umane a mediului business corporatist.

Ea conţine, într-o formă cu sens practic imediat, toate aspectele care definesc o profesie, elaborate ca un listing extins și amănunţit conţinând caracteristicile individuale (în termeni de abilităţi-capacităţi senzorial-perceptive, psiho-motorii, de gândire, intelectuale, de creativitate, de personalitate ș.a.m.d.) pe care persoana care vrea să practice o anumită profesie ar trebui să le deţină la un anumit nivel de dezvoltare/de performanţă pentru a fi acceptată să practice profesia în cauză.

Am văzut mai înainte că evaluarea personalităţii și a capacităţilor psiho-motorii nu se folosește încă în România în formarea-specializarea personalului medical (medici, asistenţi medicali). Am văzut, de asemenea, că utilizarea acestei evaluări necesită, ca paşi pregătitori, mai întâi elaborarea standardelor ocupaţionale și după aceea, pe baza lor, elaborarea profesiogramelor, urmând ca abia apoi, pe baza profesiogramei respective, să se procedeze la alegerea și etalonarea bateriei de teste care vor fi utilizate în evaluarea propriu-zisă.

Tocmai pentru a susţine elaborarea profesiogramelor medicale am realizat și analiza de mai jos, în care am luat în considerare toate profesiile și specialităţile existente în domeniul medical, și în urma căreia am identificat următoarele categorii de profesiograme necesare:

1. Profesiograma generală a profesiei de medic și profesiograma generală a profesiei de asistent medical

Acestea sunt de fapt cele două profesiograme cu care ar trebui în mod corect să se opereze la începutul drumului profesional, la admiterea în facultăţile medicale, pe lângă clasica evaluare a cunoștinţelor dobândite în liceu la disciplinele de examen. Prin urmare, indicatorii empirici actuali de tip „cât de bine învaţă la școală“,

„ce memorie are“ și „cât de bun este la biologie, chimie și fizică“ pot fi folosiţi în continuare pentru predicţia subiectivă a reușitei la examenul de admitere, dar „potrivirea“ candidaţilor cu profesia medicală e mai firesc să fie făcută prin evaluarea – raportată la profesiograma specifică – a personalităţii și a caracteristicilor psiho-motorii individuale.

2. Profesiograme caracteristice specialităţilor/specializărilor atât pentru medici, cât și pentru asistenţii medicali

Spre exemplu, chirurgia are un anume set de solicitări și, deci, pentru a practica această specialitate un chirurg are nevoie de anumite atribute personale (un grad mare de fineţe a motricităţii manuale, performanţă înaltă în coordonarea motorie a mâinilor, rapiditate și corectitudine în luarea deciziilor, conduita corectă în situaţii de stress și de presiune a timpului ș.a.m.d.). Pentru un medic de medicina muncii vorbim despre alte conţinuturi ale acestor seturi de „solicitări profesionale – caracteristici personale“.

Prin similaritate, un anume cuplaj „solicitări profesionale – caracteristici personale“ are un asistent medical de terapie intensivă în profesiogramă, și un alt conţinut are acest cuplaj în cazul profesiogramei de asistent medical comunitar, să zicem.

Am notat deja că nu există oficial profesiogramele pe specialităţi ale medicilor. E cât se poate de real, însă, că în mintea majorităţii celor care parcurg procesul de învăţământ medical se formează nativ un gen de profesiograme subiective, prin care cei în cauză își cam dau seama dacă ei au acele abilităţi-capacităţi cerute de specialităţile către care tind. Ele rămân, totuși, niște psudoprofesiograme, care sunt cât se poate de subiective și care nu pot înlocui, ca eficienţă pe întreg sistemul medical, profesiogramele oficiale, elaborate de experţi.

3. Profesiograme specifice nivelelor manageriale, atât pentru medici, cât și pentru asistenții medicali

Ca în toate profesiile, și în acest domeniu o parte din personalul medical își construiește dezvoltarea proprie accesând pozițiile manageriale disponibile în sectoarele în care lucrează – deci există șefi de secție, directori de servicii medicale, directori medicali, manageri de instituții ș.a.m.d. provenind (numai) din rândul medicilor și asistenților medicali.

Managementul înseamnă, însă, o cu totul altă profesie decât medicina și are cu totul alte profesiograme (în funcție de domeniul respectiv), chiar dacă, spre exemplu, postul se numește „șef de secție" și e într-un spital, iar ocupantul postului este medic și are în subordine medici, asistenți, infirmieri etc.

Din păcate, faptul că managementul este o altă profesie decât medicina și că el face necesar un anumit standard de pregătire managerială pentru toți cei din domeniul medical care accesează o astfel de poziție, este (încă) ignorat cvasi-total în sistemul medical românesc, mai ales în sectorul de stat, pentru toate pozițiile manageriale cu excepția celei de manager de instituție medicală, nivel pentru care există obligația legală a unei formări manageriale prealabile ocupării funcției.

Consecințele acestei lipse de formări manageriale în domeniul medical sunt evidente la nivel macro: întreg sistemul medical românesc apare în prezent ca fiind ocupat exclusiv cu realizarea indicatorilor, cu condițiile hoteliere, cu acumularea de dotări, aparatură și echipamente și cu alergarea după resurse financiare.

Aceste obiective nu sunt rele absolut deloc, însă în același timp, același sistem medical românesc nu pare să fie deloc preocupat în niciun moment și sub nicio formă de cea mai importantă și cea mai perisabilă resursă a sa: resursa umană. Iar acest aspect puternic negativ și general derivă tocmai din:

- lipsa preselecţiei pe baza evaluării personalităţii și a caracteristicilor psihologice necesare pentru a ocupa o poziţie managerială;
- lipsa aproape totală de pregătire managerială specifică a personalului medical (medici și asistenţi medicali) care ocupă toate poziţiile manageriale din instituţiile medicale, cu excepţia, așa cum am spus deja, a managerului de instituţie.

4. Alte profesiograme particulare în domeniul medical: de tip cercetare ştiinţifică dedicată, de tip asistenţă medicală socială sau comunitară, de tip IT medical etc.

Această a patra grupă de profesiograme ale profesiilor din domeniul medical este heterogenă pentru că ea se referă la toate celelalte categorii de poziţii din organigramele instituţiilor medicale sau ale administraţiei publice locale ori centrale care sunt ocupate, obligatoriu sau doar facultativ, de personal cu formare medicală.

9.3. Psihologia carierei și evaluările de personalitate

Importanţa la nivel social global, și nu doar pentru un sector sau altul, a alegerii carierei este întărită și de dezvoltarea unei discipline centrate tocmai pe tematicile aferente acestui domeniu: psihologia carierei și consilierea vocaţională pentru orientarea școlară și profesională.

Cercetările în psihologia carierei din ultimile decenii au încercat să înţeleagă legătura dintre personalitate și alegerea carierei, urmărindu-se mai multe aspecte:

- măsura în care trăsăturile de personalitate influenţează opţiunile de carieră ale oamenilor;
- măsura în care aceste trăsături de personalitate au valoare de predictori privind alegerea profesiei în cazul persoanelor indecise;
- măsura în care prezenţa și, respectiv, absenţa anumitor trăsături de personalitate se corelează cu succesul profesional, respectiv, cu eșecul profesional.

Personalitatea este de departe cel mai amplu, cel mai complex și cel mai complicat domeniu din psihologie, cel mai analizat și abordat din cele mai diverse perspective care nu de puține ori sunt chiar contradictorii. În astfel de condiții este ușor de înțeles de ce nu există o definire larg acceptată a personalității; fiecare curent important din psihologie, care s-a ocupat (și) de personalitate, a operat cu propria lui definire a personalității și cu propria lui descriere a structurii personalității.

Modalitatea cea mai rezonabilă de tratare a acestui subiect din perspectiva obiectivelor cărții de față este aceea de a aminti principalele curente sau autori care s-au ocupat de personalitate, menționând și instrumentele de testare a personalității care au fost elaborate de respectivele curente.

A. Evaluările de personalitate

Așadar, într-o accepțiune foarte generală, personalitatea umană este un sistem structurat și complex care determină în mod specific gândirea și comportamentul caracteristice unei persoane și care exprimă modul în care persoana se raportează la mediul imediat înconjurător ei (1).

Un nume foarte important în istoria personologiei rămâne Gordon Allport, pentru care personalitatea nu este altceva decât organizarea dinamică a sistemelor psihice ale persoanei, generându-se

astfel pattern-urile (schemele stabile în timp) ale conduitei, gândurilor și sentimentelor persoanei [2].

Un prim grup important de teorii, inclusiv din punct de vedere cronologic (fiind primele care au apărut), sunt cele numite psihodinamice, avându-l pe Sigmund Freud ca inițiator și reprezentant celebru care, însă, a vorbit despre personalitate doar la modul implicit (prin instanțele Sine, Eu, Supraeu), fără să o denumească exact așa.

Carl Gustav Jung a fost un continuator, în timp ce disidenți în perimetrul aceleiași paradigme analitice au fost Alfred Adler – cu a sa psihologie individuală – în Europa, și Karen Horney, cu teoria ei socio-culturală și cu psihologia feministă, pe tărâm american. Tot de aici s-a inspirat și Eric Berne, care la jumătatea secolului trecut a elaborat analiza tranzacțională, cu un mare succes și astăzi ca metodă de comunicare, de consiliere și de training în preferințele marilor companii.

De pe acest palier teoretic au rezultat testele proiective de personalitate. Ele sunt folosite, deci, pentru investigarea din perspectivă psihanalitică a personalității, iar caracteristic lor e faptul că întotdeauna sarcina testului este ambiguă, fie că e vorba de culori, de forme, de completare cu cuvinte, de desenare etc. Teste din această categorie folosite frecvent în lume în consilierea și orientarea școlară și profesională sunt:

- testul petelor de cerneală – Rorschach;
- testul de apercepție tematică – Murray;
- testul persoanei etc. [3].

Pe lângă teoriile psihodinamice de mai sus, în grupul așa-numit „clasic“ intră multe alte curente (toate non-psihanalitice) și nume celebre în psihologia personalității:

- abordarea dispozițională (G. Allport, R. Cattel, G. Eysenk);
- teoriile umaniste (A. Maslow, E. Erickson, C. Rogers);
- cognitive (G. Kelly);

- socio-cognitive (A. Bandura, J. Rotter);
- teoriile behavioriste (B. F. Skinner, G. Watson).

De pe palierul acestor teorii și concepte au rezultat în secolul trecut marile teste structurate destinate evaluării personalității:

- inventarul de personalitate California;
- chestionarul 16 factori primari Cattel;
- indicatorul tipologic Myers-Briggs;
- inventarul de personalitate Hogan;
- testul de orientare și comportament în relațiile interpersonale Schutz;
- self-directed search Holland [3].

De asemenea, în aceeași perioadă au fost elaborate și testele de personalitate pentru evaluarea stărilor și tendințelor patologice ale acesteia:

- inventarul multifazic de personalitate Minnesota- MMPI;
- inventarul de personalitate Morey;
- inventarul de depresie Beck;
- inventarul de exprimare a furiei ca stare sau trăsătură Spielberger etc. [3].

Grupul teoriilor „moderne" despre personalitate include abordările de tip pozitivist, psihobiologic, evoluționist, neocognitiv etc.

Tot aici intră și modelul *Big Five* al personalității, descoperit de W. Norman, care, folosind analiza factorială, a extras cinci factori principali ai personalității, general valabili indiferent de rasă, grup cultural, zonă geografică etc.: extraversiune, agreabilitate, conștiinciozitate, stabilitate emoțională și cultură.

R. McCrae și P. Costa au extins cercetările validând descoperirea lui Norman și au elaborat *Inventarul de personalitate NEO*, cu trei forme în prezent, utilizat în orientarea școlară și profesională, inclusiv pentru predicția succesului profesional, cu care se pare că scala de conștiinciozitate corelează semnificativ [17].

B. Laturile „clasice“ ale personalităţii şi profesia medicală

Cea mai cunoscută reprezentare a personalităţii la nivelul publicului larg (în primul rând pentru că este cuprinsă în manualul de psihologie parcurs în liceu) este aceea a unui sistem dinamic având 5 laturi intercorelate care generează și vizibilitatea specifică și unică în plan psihocomportamental:

- *temperamentul* ca latură dinamico-energetică;
- *caracterul* ca latură relaţional-valorică;
- *aptitudinea* ca latură instrumentală;
- *inteligenţa* ca latură rezolutiv-productivă;
- *creativitatea* ca latură transformativ-constructivă [4].

Într-un studiu pe asistenţi medicali s-a identificat faptul că personalitatea influenţează alegerea specialităţii, nivelurile de stres și epuizare, și satisfacţia la locul de muncă. S-au identificat factori stresori în profesia de asistenţă medicală ce pot conduce la epuizare: expunerea la bolnavi în faza terminală, grija pe termen lung pentru pacienţi, aşteptările profesionale. Există însă și factori de personalitate care conduc la gestionarea eficientă a situaţiilor de criză, la adaptarea la locul de muncă, la eficienţă și satisfacţie profesională [5].

Temperamentul, chiar dacă are o componentă înnăscută foarte consistentă, este o latură cu un anume grad de educabilitate a personalităţii. Existenţa acestei posibilităţi evolutive este importantă pentru că în profesia medicală este nevoie de o prezenţă fizică și de o interrelaţionare care să evite conduitele și atitudinile extreme.

Cu privire la aptitudinile în domeniul medicinei, acestea implică simţul responsabilităţii, cunoștinţe bine întemeiate, profesionalism, capacitate empatică și compasiune, pe când, de exemplu, aptitudinile matematice presupun operaţionalizarea cu termeni abstracţi, corelaţii spaţiale ș.a.m.d.

Dacă ne referim la specialitatea de medic chirurg, ea necesită unele aptitudini și abilități specifice. Cu toate acestea, în majoritatea țărilor procesul de selecție pentru această specialitate nu include testarea aptitudinilor psiho-motorii și a aptitudinilor de manipulare a obiectelor. La noi în țară se utilizează doar testarea achizițiilor cognitive, iar în alte țări se adaugă și evaluarea personalității, a atitudinii și a motivației, printr-un interviu nestructurat al candidaților preselectați. Acest lucru contrastează cu procedeele de testare și de selecție a aptitudinilor utilizate în alte profesii cum ar fi aviația [6].

Inteligența are diverse abordări teoretice și definiții, beneficiind de mai multe instrumente de testare, care vizează toate formele și categoriile de inteligență (de la inteligența nonverbală, la formele de inteligență condiționate cultural, incluzând evident și categoriile teoriei inteligențelor multiple dezvoltate de H. Gardner: inteligența lingvistică; inteligența logico-matematică; inteligența spațială; inteligența muzicală; inteligența kinestezică; inteligența naturalistă; inteligența interpersonală; inteligența intrapersonală; inteligența existențială) [7].

C. Instrumente de evaluare a dispozițiilor și aptitudinilor în carieră

1. Jackson Vocational Interest Survey (JVIS)

Este unul dintre cele mai relevante teste de interes vocațional, dezvoltat de D. Jackson și axat pe interesele persoanei, nu pe aptitudini. Are în componența sa 34 de scale care fac referire la diverse domenii, inclusiv scala domeniului medical care identifică persoanele care sunt interesate de munca în domeniul promovării sănătății.

Persoanele care obţin scoruri mari la acest domeniu sunt interesate de prevenirea îmbolnăvirilor, implicându-se în campanii împotriva bolilor și promovarea sănătăţii. Ele sunt descrise ca altruiste, atente, exigente, metodice, sârguincioase, competente, în timp ce persoanele cu scoruri mici la acest domeniu sunt descrise ca fiind intuitive, pasive, ostile, intolerante, inerte [8].

2. Fleishman Job Analysis Survey (F-JAS)

Cu ajutorul acestui instrument putem stabili caracteristicile posturilor și sarcinilor de muncă în termenii aptitudinilor, deprinderilor și cunoștinţelor necesare pentru realizarea acestora. Spre exemplu F-JAS arată că în ceea ce privește ocupaţiile de asistent medical, sunt importante următoarele aptitudini [8]:

- aptitudini cognitive: atenţia distributivă, receptivitatea la probleme, ordonarea informaţiilor;
- aptitudini psiho-motorii: dexteritatea manuală, stabilitate mână-braţ;
- aptitudini senzoriale/perceptive: acuitatea vizuală de aproape, sensibilitatea auditivă, atenţia auditivă;
- aptitudini sociale/interpersonale: responsabilitatea, amabilitatea, receptivitate socială, auto-controlul.

Referitor la aptitudinile necesare medicilor, pe lângă cele enumerate anterior regăsim:

- aptitudini cognitive: înţelegerea verbală, înţelegerea limbajului scris, exprimarea verbală, exprimarea în scris, capacitatea de memorare, raţionamentul deductiv, raţionamentul inductiv, rapiditatea structurării informaţiei, claritatea vorbirii;
- aptitudini sociale/interpersonale: obţinerea de informaţii prin conversaţie, dorinţa de realizare, independenţa și

autonomia, perseverenţa, controlul tendinţei de a lua decizii pripite.

3. Testul Holland

Autorul afirmă că traseul de carieră urmat de o persoană este în mare parte influenţat de structura şi dinamica personalităţii acesteia. El a inventariat 6 stiluri de personalitate specifice pentru orientare în carieră în funcţie de abilităţile avute [9].

Stilul realist: este cel orientat spre activităţi fizice, concrete, practice. Este o fire consecventă, stabilă, sinceră, onestă, conformistă.

Stilul investigativ/intelectual: este orientat spre cercetare, investigare. E spirit analitic, precaut, critic, metodic, curios, cognitiv, precis.

Stilul artistic: este deschis la noi experienţe, inovativ, preferă sarcini creative. E impulsiv, independent, original, dezordonat, idealist.

Stilul social: este empatic și răbdător, preferă activităţi care presupun să ajute, să înveţe pe alţii, să îngrijească. E prietenos, înţelegător, generos, amabil, sociabil, responsabil.

Stilul antreprenorial/întreprinzător: are iniţiativă, preferă activităţi care presupun convingerea, manipularea sau direcţionarea celor din jur. Are ambiţie, curaj, energie, optimism, încredere în sine.

Stilul convenţional: orientat spre obiective clar definite, sarcini precise și structurate de alţii, activităţi de execuţie. Este atent, ordonat, supus, conștiincios, consecvent, practic, eficient.

Pe acest model tip Holland a fost realizat un studiu prezentat de C. Elam [10] privind repartizarea tipurilor de personalitate în cadrul profesiei medicale. Cei 13.871 de studenţi care au ales specialităţi atribuite codurilor Holland s-au distribuit astfel: tipul investigativ 11.790, social 1284, artistic 451, realist 226, întreprinzător 97, și convenţional 23.

În ceea ce privește alegerea specializării:

- 2658 studenţi: endocrinologie, ginecologie și obstetrică, medicină internă, ORL, neurologie, radiologie, urologie (IRS);
- 1742 studenţi: medicina de familie (IRE);
- 712 studenţi: chirurgie (IRA);
- 755 studenţi: pediatrie și chirurgie plastică (ISE);
- 530 studenţi: ortopedie (RSI);
- 453 studenţi: psihiatrie (ISA);
- 336 studenţi: medicina de urgenţă (RIS).
- 75 studenţi: dermatologie și oftalmologie (ISR).

Mai puţin de 2% dintre studenţi au ales cariera în alte ramuri ale medicinei, precum medicina preventivă (SEA), reabilitare fizică (SIE). Acest studiu este primul care a aplicat teoria lui Holland studenţilor de la medicină pentru a explica alegerile lor în carieră (alegerea de a deveni medic și alegerea specializării) [10].

Ceea ce este de reţinut este faptul că o persoană nu deţine doar unul dintre aceste stiluri; prin urmare, există 720 de stiluri (de exemplu: ISERAC sau AIRSEC), cele mai importante fiind primele două sau trei stiluri predominate (primele două sau trei litere) [9].

Unui medic i s-ar potrivi cel mai bine stilul social și investigativ ca stiluri predominante.

În concluzie, înainte de a păși spre o carieră de succes este bine să ne evaluăm tipul personalităţii, aptitudinile și interesele, astfel încât orice opţiune profesională am face, ea să fie în totală cunoștinţă de cauză. O armonie în acest plan nu va aduce decât plăcerea vieţii și o motivaţie intrinsecă puternică și continuă în exercitarea profesiei alese.

Bibliografie selectivă

1. Avram, E., Psihologia personalităţii. Arhitectură și dimensiuni, Editura Universitară, București, 2009.
2. Day, L., Macaskill, A. and Malby, J., în Introduction to Personality, Individual, Differences and Intelligence, Editura Pearson Education Ltd, Edinburgh, 2007.
3. McIntire, S.A., Miller, L.A., Fundamentele testării psihologice – o abordare practică, Editura Polirom, Iași, 2004.
4. Zlate, M., în Fundamentele psihologiei, Editura Polirom, Iași, 2009. Creţu, R., Perspective clasice în psihologia personalităţii, Editura Universitară, București, 2012.
5. Kennedy, B., Curtis, K. and Waters, D., Is there a relationship between personality and choice of nursing specialty: an integrative literature review, BioMed Central, 2014.
6. Moglia, A., Ferrari, R., Morelli, L. and Ferrari, M., Distribution of innate ability for surgery amongst medical students assessed by an

advanced virtual reality surgical simulator, Springer Science+Business Media, 2014.
7. http://www.nlpexplorer.ro/articole/articole-nlp/teoria-inteligentelor-multiple/, [Online]. [Accessed 09 05 2016].
8. „http://romania.testcentral.ro/media/jvis-m-ro-pdf-LOYGS9SB.pdf," [Online]. [Accessed 05 05 2015].
9. Băban, A., Consiliere educaţională. Ghid metodologic pentru orele de dirigenţie şi consiliere, Editura ASCR, Cluj-Napoca, 2011.
10. Elam, C., Application of Holland's Theory of Vocational Personalities and Work Environments to Medical Student Specialty Selection, Journal of Career Development, 1994.

10. Tehnologia modernă în educație și medicină

Adina-Mihaela Andreiu

„Singurul program care funcţionează perfect de fiecare dată este un virus.“

— Edward A. Murphy

10.1. Importanţa tehnologiilor moderne

Fie că ne place sau nu, tehnologiile moderne sunt privite ca indispensabile în zilele noastre, reprezentând un suport de comunicare și informare.

Folosirea lor implică crearea unei noi paradigme ce determină acordarea unei atenţii sporite educaţiei pe tot parcursul vieții.

Spre exemplu, referindu-ne în mod particular la influenţa mediului virtual asupra evoluţiei limbajului, se constată la nivelul schemelor de referinţă o breșă pe de o parte între generaţii, iar pe de alta, între clasele sociale. Cu cât o clasă socială sau o generaţie este expusă la noi experienţe de viaţă, cu atât limbajul se îmbogăţeşte [1].

Putem ilustra această evoluţie prin adoptarea noilor cuvinte specifice tehnologiei informaţiei și comunicării care au intrat în societate ca habitusuri lingvistice, urmate apoi de procesul normalizării limbii prin includerea acestora în dicționare și norme de utilizare, precum: hard, chat, e-mail, print și altele.

Informatizarea vieţii cotidiene nu este reductibilă doar la procese de comunicare și un mediu de manifestare socială, ci reprezintă și implicarea Tehnologiei Informaţiei și Comunicaţiilor (TIC) în tot mai multe domenii de activitate (profesionale și personale, publice și private).

Conform BRAT (Biroul Român de Audit Transmedia), în mediul urban, peste 95% din tinerii cu vârste între 14 și 24 ani utilizează internetul și numai 82% în mediul rural. 30% din populaţia urbană face cumpărături pe internet, procentul urcând la 47% în rândul tinerilor de 14-24 ani; 26% dintre persoanele între 25-34 ani folosesc online banking, iar 58% dintre cele sub 45 de ani se informează mai întâi pe internet înainte de a cumpăra un produs.

Astfel spus, Internetul a devenit o notă definitorie a zilelor noastre, deși a debutat într-o formă extrem de restrictivă [2].

Îl putem privi tot mai mult ca un mijloc de comunicare și interacţiune socială, care permite accesul la informaţii și interacţiuni potenţial infinite prin facilităţile sale de utilizare, fără limite de ordin geografic, social sau cultural. Este o lume socializată, globalizată, de „oameni care comunică". Internetul ușurează schimbul de informaţii simbolice și prin aceasta ne permite să devenim mai „umani".

TIC facilitează în mare măsură achiziţionarea și absorbţia de noi cunoștinţe și informaţii, oferind societăţii oportunităţi fără precedent pentru a îmbunătăţi sistemele de învăţământ, elaborarea politicilor educaţionale și implementarea acestora. Deoarece noile tehnologii în educaţie furnizează atât studenţilor, cât și profesorilor, informaţii variate, oportunităţi de adaptare a procesului de învăţare și de predare individualizată, societatea presează instituţiile de învăţământ să răspundă acestei nevoi de dezvoltare și inovaţie tehnică [3].

Conform site-ului ECDL (European Computer Driving Licence), Permisul european de conducere a computerului este un

program internaţional de dobândire a competenţelor digitale cu peste 14 milioane de beneficiari.

Fundaţia ECDL se preocupă de modul în care elevii și studenţii dobândesc competenţele digitale în școli, punând accent pe alfabetizarea digitală și tehnologia informaţiei.

Conform EPALE – Platforma electronică pentru educaţia adulţilor în Europa, situaţia actuală este următoarea:

„Există două arii de competenţe digitale diferite – Informatica/ Știința calculatoarelor și Alfabetizarea digitală/ Tehnologia informaţiei. Ambele ar trebui dezvoltate în cadrul educaţiei formale. Competenţele de alfabetizare digitală sunt la fel de importante precum cititul și scrisul și este absolut necesar să fie deţinute pentru a se putea accesa toate tematicile din programă.“

Conform aceleași platforme, 17% din 60.000 de elevi de clasa a VIII-a nu au nici cele mai elementare competenţe digitale. De asemenea, Comisia Europeană estimează că până în 2020, deficitul de profesioniști IT&C, care reprezintă numai 5% din forţa de muncă a continentului, va fi de aproximativ 825.000. Mai mult, 90% din job-uri vor avea nevoie de competenţe digitale, în condiţiile în care acestea sunt prezente doar la 40% din populaţia europeană.

Competenţele digitale cuprind:

- înţelegerea termenilor de hardware, software și reţele;
- noţiuni generale despre Internet;
- folosirea motoarele de căutare;
- salvarea informaţiilor;
- crearea de documente Microsoft Word;
- formatarea și imprimarea documentelor Word;
- lucrarea cu poze, obiecte și tabele;
- realizarea operaţiilor cu datele dintr-o pagina Excel;
- efectuarea calculelor pe baza unor formule folosind funcţii Excel;
- efectuarea graficelor pe baza datelor disponibile;
- printarea conţinutului stabilind înainte o serie de atribute specifice imprimării;
- folosirea interfeţei Office;
- familiarizarea cu programul Microsoft PowerPoint;
- stabilirea efectelor animate asupra conţinutului unei prezentări;
- inserare grafice Excel în prezentarea PowerPoint;
- exportarea unei prezentări in format Web (HTML);
- trimitere/primire email-uri;
- gestionare folder-ul Inbox, liste de contacte, sarcini de lucru și întâlniri online.

Tinerii au un apetit crescut pentru consumul de *new media*, ceea ce conferă un real avantaj. Putem vorbi de o alfabetizare media, în masă, integrată culturii globale. Există numeroase site-uri care dau informaţii relevante în acest scop, unul dintre ele fiind *https://globaldigitalcitizen.org/50- education-technology-tools-every-teacher-should-know-about*.

Există mai multe abordări pentru punere în aplicare a tehnologiilor moderne, inclusiv învăţarea la distanţă, care permite studenţilor să obţină grade universitare fără a fi nevoie să participe fizic la cursuri, dar nu este și cazul învățământului medical, care necesită interacțiuni umane și multă practică!

Departamentul educaţiei din SUA a întreprins un studiu care a relevat că în anul școlar 2006-2007, 66 % din școli ofereau cursuri la distanţă. În 2008, Consiliul Europei a pus accentul pe învăţământul electronic, în procesul educativ.

Materiale de instruire pentru învăţământul la distanţă includ tutoriale, prezentări PowerPoint, hypermedia și link-uri web, arhive, cărţi online și portofolii electronice. De asemenea, este necesar un profesor îndrumător în vederea coordonării învăţării și asimilării de noi cunoștinţe [4], [5].

Iată de exemplu un site care furnizează link-uri utile pentru asistenţii medicali: *www.rncentral.com/nursing-library/careplans/100_really_useful_web_sites_for_nurses/*

1. **NurseZone:** reviste și alte informaţii pentru nurse.
2. **Nurse.com**: educaţia în nursing
3. **Nursing World**: este pagina web a Asociaţiei Americane a Asistenţilor Medicali
4. **NLM Gateway**: site-ul Bibliotecii Naţionale Medicale unde se pot găsi materiale guvernamentale privind sănătatea populaţiei și nu numai.
5. **Medical News Today**: noutăţi pentru asistenţii medicali.
6. **Internurse**: o impresionantă arhivă a articolelor despre nursing.
7. **Forensic Nurse**: articole, știri și multe altele pentru asistente medicale din specialitatea medicinei-legale.
8. **School Nurse News**: informaţii despre asistenţi medicali și pentru cei licenţiaţi.
9. **PubMed**: o bază de date cu informaţii din „Index Nursing International“ – INI – precum și alte resurse științifice medicale
10. **Virginia Henderson International Nursing Library**: Acces la o bază mare de date pentru asistente medicale în scopul cercetării științifice.

11. **Medscape Nurses**: resurse ştiinţifice pentru oricare domeniu din nursing.
12. **Nursing Times**: noutăţi, anunţuri pentru job-uri în nursing.
13. **http://minoritynurse.com/**: diversitatea în nursing
14. **RN Journal**: ştiri şi informaţii despre sănătatea publică şi nursing.

Lista site-urilor continuă până la numărul 100, cu cele mai bune pagini web despre asociaţiile profesionale de nursing din întreaga lume, comunităţi, istoria nursing-ului, blog-uri, mică publicitate, îngrijiri, distracţie şi timp liber.

Sau acest site: *http://www.topuniversities.com/university- rankings-articles/university-subject-rankings/top-medic al-schools-2016*, unde vom vedea cele mai bune universităţi medicale din lume în 2016:

1. Harvard University-United States
2. University of Oxford-United Kingdom
3. University of Cambridge-United Kingdom
4. Stanford University-United States
5. Johns Hopkins University-United States
6. University of California, Los Angeles (UCLA)
7. University of California, San Francisco (UCSF)
8. Yale University-United States
9. UCL (University College London)-UK
10. Karolinska Institute-Sweden

Iar pe site-ul: *http://www.topuniversities.com/university- rankings-articles/university-subject-rankings/new-ranking-worlds-top-nursing-schools* sunt afişate primele zece şcoli de nursing ale lumii, din 2016:

1. University of Pennsylvania-SUA
2. Johns Hopkins University-SUA
3. University of Toronto-Canada
4. University of Alberta-Canada

5. Karolinska Institute-Sweden
6. King's College London (KCL)-UK
7. University of Michigan-SUA
8. University of Manchester-UK
9. University of North Carolina-SUA
10. University of California, San Francisco-SUA

Pagina următoare ne informează asupra celor mai renumite publicaţii medicale după factorul de impact: *http://www.healthwriterhub.com/top-medical-journals/.*

Deci avem în internet o sursă imensă de informaţii, dacă ştim să-l utilizăm în favoarea noastră.

10.2. Evoluţia tehnologiei moderne în medicină

„Cred că tehnologia mărește cu adevărat abilitățile umane. Dar tehnologia nu poate produce compasiune."

— Dalai Lama

În ziua de astăzi, tehnologia joacă un rol important în toate domeniile. Dintre toate industriile în care tehnologia joacă un rol crucial, asistenţa medicală este cu siguranţă una dintre cele mai importante. Datorită dezvoltării continue a acesteia în domeniul medical, nenumărate vieţi au fost salvate şi calitatea generală a vieţii continuă să se îmbunătăţească. Progresele înregistrate permit profesioniștilor din medicină, o mai bună diagnosticare și tratare a pacienților [6].

Totuși, eforturile financiare nu sunt dublate întotdeauna de realizări ştiinţifice adecvate. Un raport al EFPIA (European

Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) din 2014 relevă că, în medie, numai 1-2 substanţe dintre cele aproximativ 10.000 sintetizate în laboratoare trec de toate etapele pentru a fi comercializate și deci utilizate de pacienţi, în condiţiile în care, costurile de cercetare și dezvoltare a unor substanţe chimice sau biologice a fost estimat la 1172 milioane EURO, în 2012 (Mestre-Ferrandiz et al., office of Health Economics, December 2012).

Câteva dintre cele mai importante realizări medicale care au beneficiat de progresele tehnologice sunt:

- Decodificarea genomului uman cu cele 23000 gene, în anul 2000
- Scăderea mortalităţii cardiovasculare cu 40%
- Cercetarea celulelor stem
- Noi medicamente personalizate pentru tratamentul unor forme de cancer
- Terapia combinată a infecţiei HIV
- Chirurgia robotică și minim invazivă
- Terapia de substituţie hormonală a femeilor la menopauză
- Studiile creierului cu tehnici de imagerie funcţională
- Tehnologia 3D printing (pentru proteze bionice, ţesuturi, medicamente, oase, valve cardiace, urechi, piele, echipamente medicale).
- Sisteme de monitorizare
- Informatizarea sistemului medical.
  (*http://www.medpagetoday.com/infectiousdisease/publichealth/17594, http://edition.cnn.com/2013/06/05/health/lifeswork-medical-advances/*)

Tehnologia medicală este un domeniu larg de inovare în care scopul principal este promovarea și susţinerea sănătăţii, îmbunătăţirea calităţii vieţii. Atât inovaţiile „mici“, cum ar fi bandajele adezive,

sau plasturii cu eliberare transcutană, lentă a substanţelor active, cât și cele complexe, precum organele artificiale și protezele robotizate, dovedesc impactul incredibil pe care tehnologia îl are asupra medicinei.

Un raport OMS (Organizaţia Mondială a Sănătăţii) din 2012, arătă că din cei aproximativ 35 milioane de profesioniști din sistemul de îngrijiri medicale, anual, 2 milioane suferă de boli infecţioase prin contaminare cutanată. 37.6% din cazurile de Hepatită B, 39% din cazurile de Hepatită C și 4.4% din cele de HIV/SIDA apărute la profesioniștii din sănătate, sunt cauzate de leziunile provocate de acele manipulate.

Un procent de 40% din injecţiile efectuate la nivel mondial sunt realizate prin refolosire. Graţie noilor tehnologii, OMS și-a propus ca până în 2020 să se utilizeze pe întreg globul așa numitele „seringi inteligente“, al căror ac se retractă în interior după injectare, reducând astfel cu 100% riscul de contaminare.

Dar beneficiile dezvoltării tehnologice sunt dublate uneori de probleme etice, morale sau legislative, cum este cazul medicinei infertilităţii. Descendenţii proveniţi din donarea de lichid seminal sau ovule, diblings (de la *donor* și *siblings*=rude), sunt din ce în ce mai numeroși. Astfel, în SUA, ţara cu cele mai multe naşteri prin fertilizare în prezent, urmează să se delimiteze numărul fertilizărilor de la același donator la maxim 10-20. Se dorește de asemenea ca toate centrele de recoltare și vânzare a lichidului spermatic şi a ovulelor să funcţioneze după aceleași reglementări, să se facă testări medicale și genetice, să se desecretizeze identitatea donatorilor etc.

Descendenţii fertilizării artificiale au mari probleme psihologice, considerându-se „produse biologice nenaturale“ sau „indivizi compuși în laborator“, având un risc dublu pentru consum de droguri, abateri ilegale. De asemenea rata bolilor mintale este mai mare decât

la populaţia născută normal. Toate acestea fac comportamentul lor asemănător cu cel al copiilor adoptaţi, sau al celor cu transplant de organe [7].

Înregistrarea pacienţilor şi a datelor despre tratamentele şi serviciile medicale acordate, până în urmă cu câţiva ani, se făcea numai pe suport de hârtie. În prezent înregistrarea se realizează computerizat, permiţând accesul la istoricul medical într-un mod mai rapid şi eficient, precum şi posibilitatea pacientului de a se programa online [2].

10.3. Avantajele utilizării tehnologiilor moderne în educaţie şi medicină

„Nu mă tem de calculatoare. Mă tem de lipsa acestora."

— ISAAC ASIMOV

TIC a adus multe schimbări în educaţia şi practica medicală în ultimele două decenii. Predarea şi învăţarea medicinei a cunoscut schimbări profunde datorită tehnologiilor informatice, astfel şcolile medicale din întreaga lume, mai ales în ţările dezvoltate, au investit masiv în noi tehnologii informatice sau în procesul de adaptare la această revoluţie tehnologică.

Cu toate acestea, ţările în curs de dezvoltare trebuie să îşi evalueze opţiunile, să proiecteze şi să implementeze programe pe care să le pună în aplicare în vederea adaptării la noile tehnologii informatice.

Pe la mijlocul anilor 1990, TIC a fost revoluţionat prin apariţia internetului ca instrument la nivel mondial de conectivitate şi prin apariţia World Wide Web (www) ca un domeniu virtual în

care persoanele fizice ar putea posta conţinut digital pentru accesul publicului larg. Astfel tehnologia informaţiei era de așteptat să ofere studenţilor de la medicină acces ușor și eficient la o cantitate variată de informaţii [8].

În septembrie 2000, decalajul digital a fost evidenţiat de către Organizaţia Mondială a Sănătăţii ca fiind „mai dramatic decât oricare altă inechitate", făcând o estimare la acea vreme ce sugera că până în 2010, mai mult de 30% din timpul unui medic va fi asistat de ajutorul instrumentelor informatice [9].

Astăzi, tehnologiile informaţionale au devenit omniprezente în procesul educativ, ușurând în același timp și predarea și învăţarea în domeniul medical. Ele au facilitat stocarea și extragerea datelor, efectuarea unor analize statistice, educaţia în medicină, crearea și accesul la motoarele de cercetare medicală din toată lumea, învăţarea la distanţă și altele. Prelucrarea informaţiilor acumulate în *Big Data (numerele mari)* va revoluţiona de asemenea medicina. Practic statistica medicală prin care se acumulau date provenind de la câteva mii sau zeci de mii de pacienţi analizaţi în trialurile clinice randomizate, va fi abandonată în favoarea acestor date impresionante acumulate de la milioane de pacienţi, cu similitudini de vârstă, sex, determinanţi genetici. Astfel, ne apropiem tot mai mult de medicina personalizată, aceasta fiind numai una din multiplele avantaje ale Big Data, ce se caracterizează prin volumul mare, viteza cu care se acumulează, varietate și variabilitate. Dar, nu sunt de neglijat nici inconvenientele ce ţin de protecţia datelor medicale sau calitatea uneori îndoielnică a acestora, sau barierele obiective și subiective ce apar iminent la orice schimbare de paradigmă.

Dacă în 1986 capacitatea globală de stocare a informaţiei era de cca 2,6 EB (exabytes), din care 1% sub formă digitală, astăzi este de 2,5 EB pe zi, astfel că 90% din totalul datelor stocate în prezent provin din ultimii doi ani! Se vorbește de un adevărat *tsunami* și

nu suntem pregătiţi să reacţionăm violenţei acestor fluxuri de date (Mihalaș Gheorghe-Ioan).

Instituţiile de învăţământ medical trebuie să pregătească mai bine studenţii pentru societatea informaţională în care ne aflăm, iar abilitatea de a opera cu ajutorul TIC ar trebui să fie considerată obligatorie în formarea profesională a tuturor celor care vor lucra și lucrează în sistemul medical. Nu mai sunt de dorit profesioniști care să nu aibă competenţe IT.

În anul 2003 a fost realizat un studiu la Facultatea de Medicină Militară din Turcia ce avea scopul de a determina modul în care studenţii de la medicină folosesc computerul, precum și utilitatea pe care o acordă acestuia. Răspunsurile au fost analizate statistic prin utilizarea unui calculator. Cei mai mulţi dintre studenţi (86,4%) au avut acces la calculator și Internet; un grup mic de studenţi (8,9%) au deţinut propriile lor computere. Însă, a existat o corelaţie negativă între performanţa școlară, timpul petrecut la computer și utilizarea internetului. S-a observat că studenţii au folosit computerul și Internetul, în esenţă, în scopuri nemedicale [10].

Pentru a-i încuraja să le folosească pentru studiu, profesorii ar trebui să le utilizeze în timpul activităţilor lor de predare, iar companiile de software ar trebui să producă aplicaţii de asistenţă pentru studenţii de la medicină.

De asemenea, ar trebui să se construiască site-uri, grupuri de e-mail, forumuri de discuţii, și zone de studiu pentru studenţi [11].

Tehnologiile moderne au bineînţeles avantaje multiple. Acestea ar fi conform site-ului *http://www.useoftechnology.com/modern-technology-advantages-disadvantages/*, următoarele:

1. Facilitează, așa cum am văzut deja, accesul la informaţii, în orice moment, din aproape orice loc, în scopul informării, documentării, cercetării.

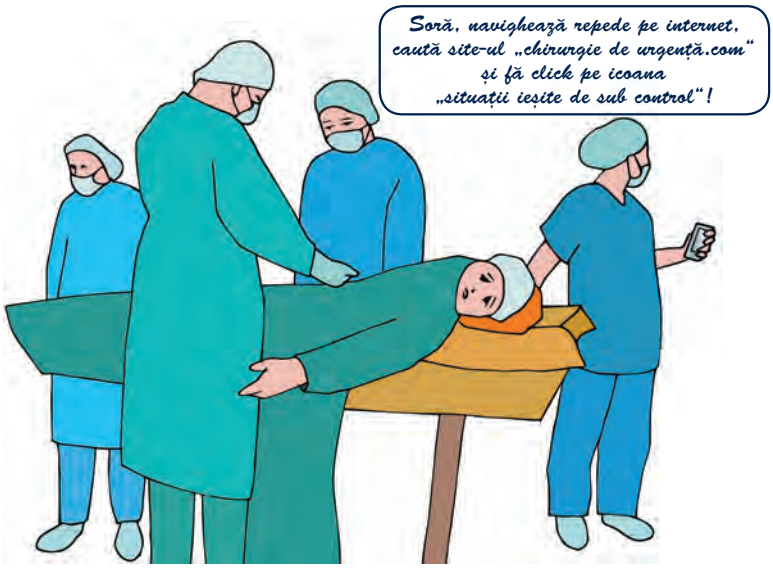
2. Stimulează imaginația și creativitatea, iar cadrele didactice care apelează la aceste mijloace moderne în procesul de predare cunosc foarte bine acest aspect.
3. Demararea unei afaceri, munca la domiciliu, sau promovarea unor campanii umanitare, sunt alte avantaje importante.
4. Îmbunătățirea comunicațiilor, considerate în prezent „apa vieții", grație fizicii cuantice. Fax-urile, poșta electronică, telefoanele mobile, conferințele video, rețelele de socializare, sunt modalități de comunicare inimaginabile până în urmă cu ceva ani!
5. Facilitarea călătoriilor în scopul studiilor, cercetării, afacerilor, sau pur și simplu relaxării.
6. Ameliorarea stilului de viață la școală, universitate, acasă, cât și la serviciu, prin aplicarea noilor tehnologii în construcții și arhitectură, dar și dotarea spațiilor cu dispozitive moderne care schimbă radical viața.
7. Creșterea eficienței și productivității.
8. Facilitarea procesului de formare și învățare online,
9. Crearea rețelelor de socializare favorabile cercetătorilor, bussiness-man-ilor, studenților etc.
10. Modernizarea industriei medicale, începând cu sălile de operație și terminând cu medicina personalizată.

În afară de modelarea interacțiunilor și cooperării din lumea reală, învățarea bazată pe tehnologiile moderne oferă oportunitatea de a lucra cu elevii din diferite culturi, contribuie la sporirea cursanților indiferent de locul în care se află aceștia, a abilităților de comunicare, includerea în procesul de învățare, nu doar a colegilor și profesorilor, ci și a mentorilor, supervizorilor și experților din diferite domenii [3].

Prin intermediul acestora, profesorii pot explica instrucțiuni complexe într-un mod mai eficient, interactiv, imaginile pot fi

folosite cu ușurinţă în procesul de predare și îmbunătăţire a memoriei studenţilor [12].

Învăţarea pe bază de TIC promovează o abordare integratoare a predării și învăţării, care elimină separarea artificială între diferitele discipline și între teorie și practică, accentuând dezvoltarea abilităţilor tehnologice ale profesorilor și cunoștinţe pentru noi abordări pedagogice [3].


Soră, navighează repede pe internet, caută site-ul „chirurgie de urgență.com" și fă click pe icoana „situații ieșite de sub control"!

În ceea ce privește utilizarea TIC în domeniul medical, avantajele sunt nenumărate. Putem menţiona videoconferinţele în timp real ce pot fi folosite pentru a realiza sesiuni de formare, demonstraţii live, colaborări, și așa mai departe. Simpla conexiune la Internet poate fi utilizată de un număr mare de studenţi pentru a studia și a dobândi cunoștinţe despre problemele legate de sănătate în funcţie de propriul interes [13].

Un alt exemplu pentru beneficiile utilizării tehnologiilor moderne se referă la furnizarea de servicii medicale pentru vârstnici care este una dintre sarcinile dificile întâlnite în lumea de astăzi.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii a estimat că numărul persoanelor cu vârstă de peste 60 de ani se va dubla până la 22% în 2050 (de la 11% în anul 2000). Astfel, peste 2 miliarde de oameni vor necesita asistenţă medicală suplimentară deoarece vor fi mai predispuși la probleme legate de sănătate.

Literatura de specialitate se referă la rolul tehnologiilor, inclusiv servicii prin satelit, internet, mobil, care sunt utilizate pentru a furniza servicii de asistenţă medicală în timp util și un cost redus [6]. De altfel, bugetul pentru proiectele „Horizon 2020“ pentru această nișă este unul stimulativ conform site-ului *https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/*.

Într-un efort de a îmbunătăţi accesul la medicamente vitale, vaccinuri și sânge, în Rwanda de exemplu, se desfășoară un proiect „Take to the skies“ prin care dronele sunt utilizate pentru distribuirea acestor produse în zonele îndepărtate ale țării conform site-ului *http://www.thejournalofmhealth.com/*.

Se vorbește deja de câţiva ani despre *mHealth*, adică practicarea medicinei cu ajutorul tehnologiilor digitale. Ea are implicaţii multiple:

- Educaţie și conștientizare
- Asistenţă medicală
- Suport de diagnostic, tratament, îngrijire
- Comunicare și formare pentru personalul sanitar
- Monitorizarea bolii și a focarelor epidemie
- Monitorizare de la distanţă
- Colectarea datelor de la distanţă

O altă utilizare este simularea realităţii virtuale, în procesul de formare a unor specialităţi chirurgicale (virtual reality simulators).

Utilizarea dispozitivelor inteligente de monitorizare în timpul studiilor clinice crește eficienţa acestora. Brăţări fitness în studiile pentru bolnavi cu scleroză multiplă, aplicaţii și microsite-uri care

oferă soluţii pentru întreruperea fumatului, interactivitatea și supravegherea la domiciliu a pacientului, sunt alte câteva exemple.

Așadar, studenţii care vor lucra în domeniul medical au nevoie de competenţe și abilităţi în ceea ce privește utilizarea tehnologiilor moderne pentru a oferi servicii de calitate și eficiente pacienţilor.

10.4. Limitele utilizării tehnologiilor moderne în educaţie și medicină

„Mi-e teamă de ziua în care tehnologia
va fi mai importantă ca relaţiile interumane.
În lume va exista o generaţie de idioţi.“

— ALBERT EINSTEIN

Atitudinea cadrelor didactice joacă un rol important în procesul de predare-învăţare în privinţa utilizării calculatoarelor și conexiunii la internet. Cu toate că atitudinea profesorilor faţă de utilizarea acestor tehnologii este vitală, multe observaţii arată că ei nu au clarificată ideea conform căreia tehnologia poate fi benefică pentru facilitarea și îmbunătăţirea învăţării.

Desigur, unii profesori pot avea atitudini pozitive faţă de tehnologie, dar se abţin de la utilizarea acesteia în procesul de predare din cauza auto-eficacităţii scăzute, lipsei de entuziasm sau a abilităţilor necesare, simţindu-se neconfortabil [3].

Integrarea tehnologiilor moderne în educaţie ar trebui să se realizeze paralel cu dezvoltarea profesională a profesorilor.

Conducerea instituţiilor de învăţământ joacă, de asemenea, un rol-cheie în integrarea acestora în educaţie. Lipsa de sprijin din

partea administrației școlii, universității/ instituțiilor medicale, este o mare provocare. Astfel, pentru eficiența integrării noilor tehnologii, administratorii trebuie să fie competenți și să aibă o viziune mai amplă a dimensiunilor tehnice, curriculare, administrative, financiare și sociale ale utilizării lor în educație [5].

Securitatea privind confidențialitatea informațiilor pacientului poate reprezenta o limită în acest sens. Furnizorii de servicii medicale și de asistență medicală trebuie să fie atenți atunci când aleg să pună în aplicare noi produse și tehnologii în serviciile lor, și ar trebui să se asigure că toate acestea sunt conforme legii înainte de a face investiția.

De asemenea, o constatare comună a multor studii realizate în decursul anilor a fost că, în timp ce **elevii sau studenții** au folosit, de obicei, computerele și Internetul pentru uz personal, foarte puțini au fost aceia care au utilizat TIC în educația lor pentru medicină, contrar importanței TIC în procesul de formare și educare pe parcursul întregii vieți [2].

Extinderea învățării asistată de calculator necesită schimbări culturale, precum și planificarea strategică atentă, partajarea resurselor, promovarea activă a multidisciplinarității, precum și un control eficient al calității [13].

Competențele informatice, așa cum arătam, reprezintă o altă limită des întâlnită chiar și în zilele noastre, în rândul studenților de la medicină și a profesioniștilor din sănătate.

Spre exemplu, nu toți studenții știu să caute site-uri ce conțin rezumate, articole internaționale, referințe bibliografice din reviste, cum ar fi PubMed (*http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed*), Google Scholar (*https://scholar.google.ro/*), sau ISI-Web of Science (*http://ip-science.thomsonreuters.com/ mjl/*).

De pe site-ul: *http://www.infocercetare.ro/ro/Resurse/Detalii-resursa-Thomson-ISI-Web-of-Science-123*, aflăm că „ Web

of Science este o bază de date bibliografică și bibliometrică în format online, cuprinzând reviste ştiinţifice, livrată prin intermediul Internetului care oferă acces la rezumatele articolelor a peste 12,200 de reviste ştiinţifice și 160,000 de conferinţe ştiinţifice din 256 de discipline."

O provocare a zilelor noastre se referă la pregătirea viitorilor medici și a celor care vor lucra în domeniu privind **comportamentele în schimbare** ale pacienţilor, din ce în ce mai informaţi, uneori părând să știe mai multe despre bolile pe care le au, decât medicii lor.

Motivarea studenţilor de la medicină și a practicienilor să utilizeze TIC pentru a căuta și a găsi singuri informaţii, pentru dezvoltarea profesională, este un deziderat important. La fel de importantă este și folosirea practicilor de predare și instruire de către profesori prin mijloacele moderne.

Dar, în ciuda avantajelor nete oferite, TIC prezintă totuși **riscuri pentru sănătate**. Efectele smogului sau poluării electromagnetice asupra lumii vii au determinat 220 savanţi din 41 ţări să semneze

„un apel adresat Organizaţiei Naţiunilor Unite (ONU) și, tuturor statelor membre din lume, pentru a încuraja Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS), pentru a promova dezvoltarea mai multor modalităţi de protecție împotriva câmpurilor electromagnetice (CEM), încurajarea măsurilor de prevenire, precum și educarea publicului cu privire la riscurile pentru sănătate, în privinţa copiilor și a dezvoltării embrionare în special“ – date fiind mutaţiile la nivelul ADN-ului. „Numeroase publicaţii ştiinţifice recente au arătat că CEM afectează organismele vii la niveluri mult mai mici decât cele specificate în ghidurile internaţionale și naţionale. Efectele includ un risc crescut de cancer, stres celular, creșterea radicalilor liberi, mutaţii genetice, modificări structurale și funcționale ale sistemului de reproducere, și deficite de memorie, de învăţare, tulburări neurologice, precum și un impact negativ asupra bunăstării generale, la om… Există dovezi tot mai numeroase de efecte nocive atât în viaţa plantelor cât și a animalelor“ [14].

Bibliografie

[1] B. Bernstein, Class Codes And Control. Theoretical Studies towards a Sociology of Language., New York: Routledge, 2003.

[2] M. Bahadorani, „Information and Communication Technology in Medical Education: An Experience from a Developing Country,“ 2012.

[3] F. Mikre, „The Roles of Information Communication Technologies in Education,“ *Ethiopian Journal of Education and Sciences,* 2011.

[4] O. Jethro, M. Grace and A. Thomas, „E-Learning and Its Effects on Teaching and Learning in a Global Age,“ *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences,* 2012.

[5] A. I. Albarrak, „E-learning in Medical Education and Blended Learning Approach," *Formatex Research Center,* 2011.

[6] A. Abraham, N. Agrawal, M. Pant and S. Srivastava, „The Technological Growth in eHealth Services," *Computational and Mathematical Methods in Medicine,* 2015. http://www.efpia. eu/uploads/Figures_2014_Final.pdf.

[7] Martin, M. Umbra părintelui necunoscut, Viaţa medicală nr. 28, 8 iulie 2016.

[8] C. S. N. Vittal, „Computer skills in medical students," 2004.

[9] B. Charlin and T. Karsenti, „ Information and communication technologies (ICT) in medical education and practice: The major challenges," *International Journal of Technologies in Higher Education,* 2008.

[10] T. Kir, R. Ogur, S. Kilic, O. Tekbas and M. Hasde, „How medical students use the computer and Internet at a Turkish military medical school", *Military Medicine,* 2004.

[11] C. Chen and C. Wu, „Effects of different video lecture types on sustained attention, emotion, cognitive load, and learning performance," *Elsevier,* 2015.

[12] T. Karsenti and B. Charling, „Information and Communication Technologies (ICT) in Medical Education and Practice: The Major Challenges," *International Journal of Technologies in Higher Education,* 2008.

[13] I. Mansoor, „Computer skills among medical learners: A survey at King Azia University, Jeddah.," *Journal of Ayub Medical College,* 2002. https://www.emfscientist.org/.

[14] http://www.emfscientist.org/.

11. Știm să comunicăm?

Magdalena Budișteanu, Carmen-Adella Sîrbu

„E mai bine să ții gura închisă și să lași oamenii să creadă că ești prost, decât să o deschizi și să nu mai lași urmă de îndoială."

— Mark Twain

11.1. Conceptul de comunicare

Modul în care sistemul nostru nervos prin cei aproximativ 100 bilioane de neuroni (cam un sfert din stelele Căii Lactee) și cele 100 trilioane conexiuni controlează funcţii elevate precum elaborarea, recepţionarea și prelucrarea mesajelor, preocupă în continuare cercetătorii din întreaga lume.

Oamenii de ştiinţă fac eforturi sistematice pentru a înţelege deficitele de limbaj. Cea mai mare provocare este faptul că nu există modele animale pentru studiu, deoarece această capacitate infinită de a combina cuvintele în fraze și propoziţii unice, este specifică numai omului. Imagistica cerebrală funcţională a contribuit la identificarea ariilor suplimentare asociate cu procesarea limbajului și a conexiunilor acestora.

Comunicarea reprezintă procesul transmiterii, recepţionării, stocării, prelucrării și utilizării informaţiilor. Este un proces de interacţiune între persoane sau grupuri de persoane, mijlocit prin cuvinte, imagini, gesturi, simboluri sau semne. Prin comunicare, indivizii își

împărtășesc cunoștințe, experiențe, opinii, interese, idei, atitudini sau simțăminte [1].

Este descrisă o comunicare verbală, una nonverbală și una paraverbală, ele potențându-se reciproc.

Și tăcerea este considerată o formă de comunicare, ea exprimând proteste, aprobări, nedumeriri etc.

Primul model de comunicare a fost introdus în 1949 de către Claude Shannon și Warren Weaver de la *Bell Laboratories*, acesta constând într-un emițător, un canal de comunicare și un receptor.

Pornind de la acest model, Pașca MD descrie următoarele elemente ale comunicării:

- emițătorul – un individ, un grup sau o organizație, care au o motivație și un scop pentru a transmite mesajul către receptor;
- receptorul – un individ, un grup sau o organizație căruia/căreia îi este adresat mesajul sau care intră în posesia sa în mod întâmplător;
- canalul de comunicare – căile de acces la partenerii comunicării: aerul, hârtia, undele electromagnetice, cablul optic.
- mesajul – informații obiective, judecăți de valoare;
- decodarea – descifrarea sensului mesajului primit;
- feedback-ul – măsura în care mesajul a fost înțeles, crezut și acceptat; el poate fi pozitiv (atunci când are rol de motivare), negativ (atunci când are un rol corector), imediat sau întârziat [1].

Limbajul, în toată diversitatea sa, este suportul principal al comunicării umane. Limbajul îndeplinește o serie de funcții precum cunoașterea, comunicarea, acumularea de informații etc. „Comunicarea este inevitabilă", toți oamenii comunică, orice comportament are valoare comunicațională [2].

Procesul de comunicare are mai multe scopuri:

- Recepţionarea mesajului;
- Înţelegerea mesajului;
- Determinarea unei reacţii [3].

Comunicarea, aşa cum fiecare a observat, poate fi îngreunată de mai multe cauze:

- *bariere fizice* – care ţin de mediul în care are loc comunicarea;
- *atitudinea* – lipsa consultărilor cu colaboratorii, conflictele personale, lipsa de motivare și de satisfacţie, aroganţa etc;
- *diferenţe de percepţie* – influenţate de experienţele noastre anterioare, astfel că persoane de diferite naţionalităţi, religii, vârste, culturi, ocupaţie, educaţie, sex etc. vor avea alte percepţii și vor interpreta situaţiile în alt mod;
- *concluzii grăbite* – evităm să recunoaștem realitatea așa cum este, *„adesea refuzăm să acceptăm o idee doar pentru că*

vocea cu care a fost exprimată ne este antipatică" – Friedrich Nietzsche.

- *lipsa de cunoaștere* – este dificil să comunicăm eficient cu cineva care are o educație diferită de a noastră, sau nu o are! Ce dialog să purtăm, de exemplu, cu niște sălbatici, needucați dar îndoctrinați, care răspândesc teroarea în lume, cu bombe artizanale, cuțite sau topoare?
- *cuvinte sau fraze ambigui* – exprimările echivoce, neclare pot să denatureze mesajul transmis, deci este de preferat ca ele să fie evitate;
- *capacitatea oratorică a comunicatorilor*;
- *bariere psihologice* – apar prin disconfortul personal determinat de o acuitate vizuală sau auditivă precară, sau o stare generală alterată de o afecțiune;
- *multitasking-ul* – comunicarea condensată prin e-mail, texte, vorbire, creează deficit de atenție;
- *frica de critică* – fie a modului de comunicare, fie a conținutului comunicării; exerciții și repetiții în fața oglinzii sau a unor prieteni, precum și pregătirea temeinică a mesajelor, vindecă această teamă (cele mai bune discursuri spontane sunt cele învățate, repetate).
- *lipsa de interes a interlocutorului față de mesaj*;
- *dificultăți de exprimare*;
- *emoțiile puternice, atât ale emițătorului, cât și ale receptorului*;
- *lipsa de încredere a interlocutorilor*;
- *personalitatea* – diferențele dintre tipurile de personalități pot cauza probleme de comunicare.

Sunt definite mai multe tipuri de comunicare:

- comunicarea cu noi înșine;
- comunicarea interpersonală – cu cei din jurul nostru; poate fi formală și structurată sau informală și nestructurată;

- comunicarea în grup restrâns;
- comunicarea în public – comunicarea cu grupuri mari de persoane;
- comunicarea în masă – prin mass – media [1].

Limbajul articulat (vorbirea) și limbajul vocal nearticulat- paralimbajul (intonaţia, prosodia, intensitatea vocii, ritmul și debitul vorbirii), sunt modalităţi de comunicare. Lor li se adaugă limbajul non-verbal, transmis prin:

- privire – contactul vizual reprezintă prima formă de comunicare non-verbală, indicând angajament, interes, atenţie și implicare [4];
- atingere – comunicarea haptică presupune utilizarea de semne tactile care descriu stări emoţionale;
- corpul – mișcări ale diferitelor părţi ale corpului: cap, trunchi, membre;
- gesturi – atenţie pentru că unele gesturi emblematice pot avea semnificaţii diferite în funcţie de contextul cultural [5];
- distanţa – *intimă* este mică, atunci când există o relaţie familiară, care denotă încredere (îmbrăţișări, atingeri); distanţa *personală* e cea mai confortabilă, are „o lungime de braţ“ și se folosește de obicei între prieteni, membri ai familiei; distanţa *socială* e ceva mai mare și se folosește în mediul de afaceri sau în sălile de curs; distanţa *publică* este cea pentru conferinţe (*„o conferinţă este o întâlnire de oameni importanţi care singuri nu pot face nimic, dar împreună pot decide că nu e nimic de făcut“* – Fred Allen, comediant american) [6]; proxemica reprezintă studierea aspectelor culturale, comportamentale, sociologice ale distanţei spaţiale dintre indivizi;
- faţa (mimica, gura, zâmbetul, râsul, respiraţia);
- hainele (stilul „uniformă“, adaptarea la mediu, nota personală etc.) pot da indicii despre cultura, starea,

încrederea, autoritatea, interesul, principiile, valorile sau vârsta comunicatorului;
- obiectele (accesorii);
- culorile;
- muzica;
- atmosfera.

Scrisul reprezintă o altă formă de comunicare, a cărei eficienţă constă în mesaje corecte, uşor de înţeles, adecvate situaţiei.

11.2. Comunicarea student-profesor

„Copiii au mai multă nevoie de modele decât de critici"

— JOSEPH JOUBERT

Comunicarea telefonică cu profesorii

- Nu vorbiţi la telefon în mijloacele de transport în comun! Ce ar însemna dacă toţi pasagerii ar vorbi în acelaşi timp, despre subiecte diferite, totul devenind un adevărat vacarm! Nu trebuie să-i pedepsim pe ceilalţi, ascultând problemele noastre. Regulile de convieţuire trebuie respectate.
- Nu sunaţi între 14.00-18.00, interval pentru odihna de după-amiază, conform ghidurilor de bune maniere. La fel de neindicat este să sunăm după ora 21, când este timpul dedicat familiei și începe pregătirea pentru somnul de noapte!
- Nu vorbiţi la telefon în compania cuiva.

- Nu insistaţi dacă nu vi se răspunde după trei-cinci sonerii.
- Nu răspundeţi oricărui apel, închideţi telefoanele când sunteţi la cursuri, spectacole, în instituţii, pe stradă etc. Germania a lansat o campanie împotriva mobilului (Der Handy-Terror), sub sloganul: *„Numai servitorii răspund ori de câte ori sunt chemaţi!“*
- Când profesorul ne răspunde, întrebăm dacă ne poate acorda câteva minute.
- Convorbirile trebuie să fie scurte și la obiect, altfel ne expunem la un risc considerabil pentru boală. Așa cum s-a mai menţionat în carte, radiaţiile electromagnetice sunt considerate agenţi carcinogeni, conform numeroaselor studii și cresc riscul de tumori cerebrale îndeosebi glioame și neurinoame și produc mutaţii la nivelul ADN [7] [8].
- Întotdeauna, persoana care a sunat închide prima telefonul.
- Nu daţi „bip“ [9].
- Nu uitaţi că *„Fără bune maniere, o societate umană devine insuportabilă și imposibilă“* – George Bernard Show

Comunicarea cu profesorii prin e-mail

- Întotdeauna folosiţi formule de salut și de încheiere;
- Este bine să utilizăm culori închise, care fac contrast bun pe fondul alb, pentru a putea fi ușor de citit;
- Mesajul trebuie scris uniform, folosind același tip de caractere, suficient de mari pentru a fi lizibile;
- Subiectul trebuie să fie concis și scris corect ortografic și gramatical, în paragrafe spaţiate corespunzător;
- Nu scrieţi cu majuscule și nu folosiţi abrevieri și emoticonuri;
- Rugaţi o persoană erudită să citească mesajul și să vă corecteze dacă este cazul;

- Nu uitaţi să vă semnaţi și să lăsaţi și un număr de telefon;
- Evitaţi glumele sau ironiile;
- Fiţi atenţi la adresa corectă, să nu trimiteţi din greșeală mesajul altei persoane și apoi să vă întrebaţi de ce nu primiţi răspunsul;
- În cazul în care ataşaţi fișiere, să le denumiţi cât mai sugestiv.

Comunicarea „faţă în faţă“ cu profesorul

Dacă am reușit să stabilim o întâlnire „faţă în faţă“ cu profesorul prin telefon sau e-mail, atunci trebuie să avem grijă la câteva aspecte:

- Este foarte util să pregătim o scurtă listă cu problemele pe care le avem de discutat, pentru a fructifica la maxim timpul avut la dispoziţie și a nu uita idei importante.
- Este indicat să ajungem la întâlnire cu câteva minute mai devreme decât ora fixată;
- Să avem o ţinută corectă, din toate punctele de vedere. Nu uitaţi că studenţii educaţi salută întotdeauna, folosesc zilnic „vă rog“ și „mulţumesc“, nu bârfesc, nu cred în valorile materiale ci în cele spirituale, își cultivă gusturile, pasiunile, nu sunt ostentativi!

Comunicarea studenţi-profesori la ore

„Ceea ce mă deranjează, nu este faptul că m-ai minţit,
ci acela că nu te mai pot crede“

— FRIEDRICH NIETZSCHE

Prezenţa la cursuri este esenţială pentru dobândirea cunoștinţelor necesare desăvârșirii profesionale. Există și situaţii în care procesul

de predare se desfășoară la distanţă. Mare parte din recomandările de mai jos sunt valabile și în acest caz. Sunt necesare mai multe condiţii care ţin de sala de curs, profesor și student.

Sala de curs

- trebuie să aibă un număr de locuri cel puţin egal cu numărul studenţilor înscriși oficial;
- ambianţa să fie plăcută, primitoare (temperatură optimă, design modern cu bănci ergonomice, culori stimulative și în același timp odihnitoare, lumină naturală pe cât posibil, aerisire câte zece minute după fiecare oră, curăţenie).

Profesorii

- în primul rând, trebuie să onoreze orele cu prezenţa (*„Ca să fii respectat, începe prin a te respecta pe tine însuţi"* – Tudor Arghezi);
- să aibă o ţinută academică (politeţe, respect, îmbrăcăminte adecvată, atitudine, cunoștinţe solide, utilizarea mijloacelor moderne pentru predare);
- să prezinte fișa disciplinei în prima oră de curs, pentru a familiariza studenţii cu conţinutul materiei și a le anima curiozitatea;
- să anunţe tema cursului următor, dând indicaţii pentru materiale de studiat, astfel încât ora să fie cât mai interactivă și studenţii să își însușească cât mai multe noţiuni, punând accent pe gândire, creativitate, imaginaţie, logică;
- încurajaţi-i să ia notiţe prelucrând și sintetizând în același timp materialul audiat și vizualizat.

- începeţi cu ideile de bază ale cursului anterior, prezentaţi cuprinsul cursului, detaliaţi-l şi încheiaţi cu o sinteză a celor predate, pentru o mai bună fixare.
- faceţi conexiuni între temele predate [10].
- analizaţi motivele pentru care studenţii nu vin la ore; celebra Massachusetts Institute of Technology, plecând de la faptul că 25-40% dintre studenţi chiulesc, a publicat principalele motive care duc la absenteism. Iată în ordine descrescătoare cauzele: claritatea cursurilor, termene limită pentru alte sarcini, nefolosirea unor exemple relevante, lipsa interactivităţii, deficit de somn, existenţa suportului de curs, ora de desfăşurare a cursului, alte activităţi extracuriculare/ personale, procurarea materialului predat de la alţi studenţi, utilizarea demonstraţiilor, mărimea clasei [11].

Studenţii

- nu vă lăsaţi furaţi de computer, telefon, televizor, tabletă etc.; *„living on screens"* predispune la pierderea abilităţilor de comunicare „faţă în faţă", dezumanizare etc.
- consideraţi cărţile cei mai buni prieteni – *„O casă fără cărţi este aidoma unei camere fără ferestre"* – Heinrich Mann;
- schimbaţi-vă mentalitatea că „profesorul nu ştie ce predă…, pot să învăţ şi singur,…voi vedea eu cum iau examenul…!" Însuşiţi-vă mentalitatea învingătorului conform căreia oamenii flexibili, maleabili şi care se perfecţionează continuu, reuşesc în viaţă [12];
- fiţi prezenţi la cursuri-veţi beneficia de explicaţiile şi sublinierile profesorilor asupra unor noţiuni importante. Aveţi oportunitatea de a vă face remarcaţi şi astfel rămâneţi în memoria vizuală şi afectivă a profesorului. În acest fel îi veţi putea solicita la nevoie o scrisoare de recomandare;

- luaţi notiţe în modul clasic; când studenţii folosesc laptop-urile, ei risipesc 40% din timpul orelor pe aplicaţii fără legătură cu cursul, fiind nemulţumiţi în final de educaţia lor.

Un studiu pe elevii unei şcoli gimnaziale relevă că aproape 90% din copiii care foloseau laptop-ul conectat la internet, erau angajaţi în activităţi online fără legătură cu ora pentru cel puţin 5 minute, iar 60% erau neatenţi jumătate din oră [13]. Cercetătorii spun că studenţii sunt derutaţi când folosesc laptop-ul online, fiind predispuși la multitasking. Pe de altă parte, învăţarea de pe laptop implică o procesare superficială a informaţiilor. Notiţele pe laptop sunt scrise automat și chiar dacă sunt reţinute și consemnate majoritar, nu implică un proces de sinteză ca atunci când sunt luate în mod clasic (se înţeleg mai bine conceptele, iar aplicarea și integrarea materialului se face optim) [14]. Ce determină aceste date paradoxale? După Mueller și Oppenheimer, luarea notiţelor clasic, necesită anumite procese cognitive. Scrisul de mână este mai laborios, studenţii scapă multe cuvinte, în schimb ascultă, digeră și sintetizează mai bine informaţia. În acest fel, creierul este obligat la un *„lifting mental"* care îmbunătăţește înţelegerea și reţinerea informaţiilor [13]. Studenţii care iau notiţe au performanţe mai bune. La teste, ei își aduc aminte 50% din informaţia notată și numai 15% din cea nescrisă la cursuri [15].

11.3. Comunicarea în medicină

„A vorbi este o nevoie.
A asculta este o artă."

— Goethe

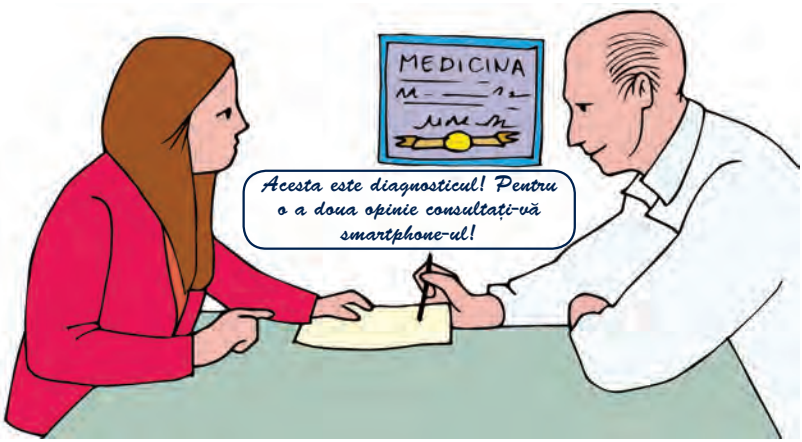
Comunicarea joacă un rol foarte important în medicină. Odată cu apariţia bolii, pacientul ajunge în situaţii neobișnuite pentru el, în

care condiţiile de viaţă sunt modificate, relaţiile cu cei apropiaţi sunt şi ele influenţate; apare îngrijorarea, descurajarea sau chiar disperarea.

Rolul personalului medical este hotărâtor pentru însănătoșire. Felul în care cadrul medical va ști cum să se apropie de bolnav, cum îi va vorbi, cum îl va asculta, cum îl va încuraja, vor concura la reușita tratamentului [16].

Comunicarea în îngrijirea medicală este de o mare importanţă, în condiţiile în care legăturile emoţionale strânse, managementul interactiv cadru medical – pacient reprezintă factori protectori ai sănătăţii, catalizatori ai procesului de vindecare. Profesiunea medicală trebuie făcută numai din vocaţie, condiţionată numai de motivaţia autentică a ajutorului interuman, așa cum se afirmă în capitolul 4.

Comunicarea dintre cadrul medical și pacient are rol nu doar în tratarea bolii, ci și în sprijinirea bolnavului în rezolvarea problemelor create de aceasta. Pentru multe boli cronice, progresive, în stadiu avansat, comunicarea poate fi singura formă de tratament. Informaţiile, sfaturile, suportul oferite de medic sau asistent pacientului sunt esenţiale pentru a-l ajuta să se adapteze la un nou stil de viaţă impus de boală (*coping*). Prin urmare, cadrele medicale trebuie să aibă înalte competenţe de comunicare.



O bună relaţie a cadrului medical cu pacientul implică bune maniere, respect și compasiune. Cunoștinţele medicale temeinice ale cadrelor medicale trebuie însoţite de bunătate, înţelegere, încurajare. Majoritatea pacienţilor simt că practica medicală centrată pe tehnici medicale duce la scăderea empatiei, a căldurii umane.

În actul medical de zi cu zi, comunicarea începe cu întâmpinarea pacientului prin ridicarea de la birou, o strângere cordială de mâini, un zâmbet și o formulă de salut adecvată momentului zilei.

Poftim pacientul cu politeţe să ia loc pe scaun, la același nivel cu medicul. În acest mod, bolnavul capătă încredere și nu mai este copleșit de emoţiile inerente ale confruntării.

Ne vom adresa pacientului politicos, cu „dumneavoastră", indiferent de vârstă, gen, poziţie socială etc.

Dacă este prima întâlnire, anamneza (istoricul medical), un adevărat test de comunicare medic-pacient, trebuie condusă cu răbdare, măiestrie și timp. Este o piesă deosebit de importantă a actului medical, ajutând la stabilirea diagnosticului în 70-90% din cazuri [17].

Da, aţi citit bine, căci un istoric medical obţinut cu iscusinţă și pricepere de la pacient, ne poate pune diagnosticul în peste 2/3 din cazuri. Astfel, în ciuda progresului tehnologic, arta comunicării rămâne un instrument extrem de valoros, dar din păcate pentru unii căzut în desuetudine. O anamneză greșită sau incompletă duce la demersuri paraclinice inadecvate și la un diagnostic incorect, creând premisele pentru o culpă medicală.

Apoi rugăm pacientul să ia loc pe canapeaua de consultaţii, pentru a-i face examenul clinic. Din păcate mulţi medici eludează această etapă, încălcând legea care stipulează că diagnosticul se elaborează în urma unui consult medical făcut de medic și nu de rezident, sau pus doar pe baza anamnezei.

Este de evitat acel *Blitz diagnosis* – diagnosticul la prima vedere, care oricât de experimentaţi am fi, poate ascunde multe capcane.

Întotdeauna să ne purtăm așa cum ne-ar place nouă ca pacienți, să fim tratați, dacă am inversa rolurile! De asemenea, conform recomandărilor OMS, ne vom adresa la vizită cu numele pacientului și nu cu apelative precum „patul 15“ sau „demența“… Se recomandă să spunem că este un pacient cu demență, cu epilepsie, sau cu boală Parkinson și nu dementul, epilepticul sau parkinsonianul…, din considerente etice.

Relația cadru medical – pacient poate fi influențată de o serie de factori, cum ar fi:

- cadrul instituțional,
- forma de boala,
- barierele sociale,
- starea de anxietate în care se găsește pacientul,
- ignoranța pacientului,
- circumstanțele în care pacientul cere ajutorul medical.

Un rol important îl are și comunicarea non-verbală, așa cum aminteam. Aceasta include expresia facială, tonul vocii, privirea, atingerile, poziția corpului și gesturile [3].

Expresia facială oferă informații importante despre starea fizică și psihică a unei persoane: intensitatea durerii, afecte negative (frica, furie, tristețe, dezgust) sau pozitive (bucurie, încredere, complianță).

Tonul vocii este implicat în transmiterea emoțiilor (frică, furie, tristețe, interes, bucurie, durere), dar are un rol important și în transmiterea deciziilor.

Privirea poate transmite emoții pozitive (bucurie, încurajare, încredere) sau negative (amenințare, dispreț, tristețe).

Atingerea este parte importantă a examinării pacientului prin palpare, percuție, auscultație, măsurarea temperaturii și a tensiunii arteriale.

Poziția corporală și gesturile joacă un rol important în comunicare. Astfel, ținuta, mișcările mâinilor și ale picioarelor, înclinarea

corpului pot transmite diferite stări sau emoţii ale interlocutorilor (interes sau dezinteres, bucurie sau tristeţe etc.).

Printre factorii care influenţează negativ relaţia cadru medical – pacient menţionăm:

- diferenţele de opinie asupra evaluării gravităţii bolii – există pacienţi care își subestimează gravitatea bolii, iar alţii care o supraestimează;
- dificultăţile legate de înţelegere și memorie – folosirea unui limbaj ştiinţific, nefamiliar, duce la neînţelegerea mesajului transmis;
- transmiterea de către pacienţi a unor informaţii incomplete sau inexacte despre boala lor, fie din cauză că sunt inhibaţi afectiv, pentru că folosesc un limbaj neinteligibil, sau simulează, ori din contră, disimulează boala din varii motive.

Asistenţii medicali care vin în contact cu pacienţii, trebuie să fie calmi, binevoitori, politicoși, să nu ridice tonul, să manifeste compasiune. Deci ambii parteneri ai echipei medicale au rol important în comunicare, altfel unul poate strica ceea ce construiește celălalt.

Consider că training-uri de comunicare ar fi binevenite atât pentru medici, cât și pentru asistenţi, infirmieri, brancardieri. Cu toţii avem imaginea unui spital în care brancardierii stau la intrare și fumează, vorbesc la telefon, sau fac conversaţii cu voce stridentă în camera de primiri urgenţe, unde medicii consultă, iar aparţinătorii își plâng bolnavii.

Ce să mai spunem de infirmierele care ţipă în gura mare pe culoarele secţiei, perturbând liniștea pacienţilor și a medicilor, sau care te pun la respect imediat, când ai tupeul să păşeşti pe culoarele proaspăt spălate și să „laşi urme“!

Legătura sufletească ce se stabilește între cadrul medical și pacient naște încredere, dă speranţă, putere și sănătate.

Personalul medical trebuie să emane înţelegere, încredere în armele pe care le pune la dispoziţia pacientului şi un optimism constant într-o evoluţie favorabilă a bolii (desigur cu corecţiile de rigoare pentru cazurile disperate, când acest optimism se reduce doar la speranţa unei ameliorări a stării bolnavului).

Pentru a realiza o bună comunicare cu pacientul, cadrul medical trebuie să aibă o serie de aptitudini:

- dragostea de profesie,
- dragostea faţă de om,
- solidaritate afectivă,
- simţul umorului,
- calitatea de a vorbi cu bolnavul la nivelul înţelegerii sale.

Succesul actului medical depinde în cel mai înalt grad de buna funcţionare şi organizare a locului în care se acordă asistenţa, de conştiinţa profesională şi de prestigiul medicului. Tehnologia actuală, aşa cum arătam mai sus, a determinat medicul să facă apel la metode sofisticate de diagnostic, ceea ce a fost în detrimentul contactului cu bolnavul.

Medicul trebuie să definească boala, organizând toate etapele stabilirii diagnosticului şi apoi a tratamentului. Orice neputinţă sau chiar ezitare în acest domeniu perturbă relaţiile dintre medic şi pacient, iar aceasta se poate extinde asupra întregului personal medical şi chiar a profesiei.

Relaţia dintre cadrul medical şi pacient se desfăşoară în trei planuri:

- intelectual (informaţional) – se realizează comunicarea de cunoştinţe între cadrul medical şi pacient;
- afectiv – stă la baza soluţionării impasului sufletesc în care se găseşte bolnavul;
- moral – vizează respectarea regulilor deontologiei medicale, (dezvoltate într-un capitol special), susţinerea morală

a bolnavului, oferirea de informaţii adevărate şi de explicaţii despre boală.

Relaţia dintre cadrele medicale şi pacient depinde de următorii factori:

- structura personalităţii cadrului medical şi a pacientului;
- natura afecţiunii reale sau închipuite, acute sau cronice de care suferă bolnavul;
- scopul urmărit prin tratamentul propus;
- factorii situaţionali.

Dificultatea comunicării se amplifică cu pacienţii care au o personalitate de tip A. Aşa cum s-a arătat deja într-un alt capitol, aceşti indivizi sunt foarte iritabili, nu suportă să aştepte la rând, au o teorie proprie vis-a-vis de boală, ca atare sunt noncomplianţi şi au aşteptări nerealiste de la medici, asistenţi şi instituţiile de sănătate.

Pe de altă parte, tipul C de personalitate este alexitimic, adică incapabil de autocunoaştere şi exprimare. Uneori el nu îşi poate exprima suferinţa somatică, situaţie cunoscută sub numele de

alexisomie. Aceste personalităţi de tip C întreţin relaţii interpersonale plăcute, deoarece își reprimă ostilitatea, emoţiile negative.

În cazul pacienţilor cu boli psihiatrice, abordarea din partea personalului medical trebuie să fie adaptată trăsăturii lor dominante, și anume: o atitudine securizantă în cazul celor cu anxietate, o relaţie de încredere și onestitate faţă de pacienţii paranoizi, o atitudine suportivă faţă de pacienţii depresivi, o atitudine de reprimare a victimizării excesive în cazul pacienţilor isterici.

O bună comunicare între cadrul medical și pacient poate avea efecte benefice atât asupra evoluţiei bolii, cât și în ceea ce privește complianţa pacientului la recomandările medicale.

De aceea, îmbunătăţirea comunicării este esenţială, iar comunicarea verbală interpersonală este mai eficientă decât o informaţie vizuală sau scrisă.

Date fiind cele sus-amintite, nu este o surpriză că o bună parte din reclamaţiile făcute medicilor sau asistenţilor medicali către colegiile profesionale, au la bază vicii de comunicare, reclamanţii reproșându-le o atitudine lipsită de empatie, aroganţă, lipsă de respect, neinformare cu privire la boală și tratament etc. În unele cazuri găsim poate scuze, în numărul mare de gărzi/lună pe care medicii/asistenţii sunt obligaţi să îl facă, în lipsa dotărilor materiale și a disfuncţiilor organizatorice și manageriale.

11.4. Comunicarea unei lucrări ştiinţifice (licenţă, masterat, doctorat etc.)

Succesul în susţinerea lucrărilor ştiinţifice pe care le elaborăm în diferitele etape ale formării și evoluţiei profesionale, depinde în mare măsură de talentul oratoric. Acesta, de cele mai multe ori trebuie

dezvoltat, nefiind nativ. Pentru a fi buni vorbitori în public urmărim patru aspecte:

1. Să existe o dorință puternică. Dacă nu avem o determinare suficient de mare, realizările vor fi neînsemnate. De aceea, trebuie să pornim cu entuziasm și încredere că la sfârșit totul se va termina cu bine.
2. Să știm exact conţinutul și logica prezentării. În caz contrar, nu ne vom simţi confortabil în faţa auditoriului.
3. Să avem încredere în noi. Indiferent de emoţiile inerente pentru discursul pe care urmează să îl ţinem, pornim cu curaj și ne comportăm ca și cum acest lucru ne face mare plăcere.
4. Exersăm în permanenţă. Cea mai sigură cale pentru a ne dezvolta încrederea și capacitatea de a vorbi în public este să repetăm cât mai des discursul. Singuri în faţa oglinzii, sau în prezenţa familiei sau a unor prieteni sinceri, lucrarea trebuie comunicată de multe ori, fără a dori însă să o învăţăm pe de rost, ci numai atât cât să avem naturaleţea, spontaneitatea prezentării. Și, apropo de prieteni, cum spunea autorul superbului roman „Adela“, Gabaret Ibrăileanu, *„un prieten cu adevărat… dar cu adevărat bun, este acela pe care îl cauţi în zadar“*.

Formarea încrederii în sine

- Auditoriul va fi întotdeauna atras de un actor cu un timbru plăcut, cu dicţie, care are și un limbaj non-verbal adecvat. Aceasta presupune o pregătire atentă a discursului care să transmită gânduri, idei, raţionamente.
- Pregătirea înseamnă și gândirea, recapitularea și selectarea ideilor care ne preocupă cel mai mult, apoi cizelarea și

introducerea lor într-un tipar propriu. Acest lucru trebuie să se desfășoare așa cum spuneam, pe parcursul a mai multor zile, chiar săptămâni.

- Alegerea subiectului este foarte importantă. Trebuie să ne gândim la ceva care ne interesează, ne reprezintă, pentru care avem suficiente materiale bibliografice pentru studiu.
- Se va folosi un limbaj simplu și clar; Se vor expune doar câteva idei care vor fi dezvoltate adecvat. Discursul nu se vrea o predică abstractă, ci e bine să cuprindă cât mai multe exemple concrete și aspecte originale. Exemplele concrete sunt mult mai ușor de reținut decât lucrurile abstracte.
- Un factor important în pregătirea discursului îl reprezintă adunarea de cât mai multe informații, materiale referitoare la subiectul abordat. Aceasta ne va crește încrederea și ne va face să ne simțim stăpâni pe situație. Este bine să facem notițe din toate aceste informații, pe care le vom revizui ulterior, astfel încât să păstrăm doar informațiile utile.
- În timpul discursul este de evitat folosirea notițelor, cu excepția situațiilor în care emoțiile sunt foarte puternice. În aceste situații ele trebuie să fie scurte și scrise cu litere mari, ascunse în spatele unor cărți de pe masă. Vorbitorul își va arunca ochii peste ele fără să atragă atenția publicului.
- Nu este bine să se memoreze texul cuvânt cu cuvânt, deoarece vorbitorul se va concentra pentru a-și aminti exact ordinea cuvintelor, iar discursul va fi rigid, ezitant, rece, nefiresc.
- După ce ideile subiectului au fost fixate clar în minte, discursul trebuie repetat de la cap la coadă de mai multe ori, cu voce tare, ca și cum am fi în fața publicului.

Succesul unui discurs depinde de ordonarea ideilor prezentate. Multe prezentări sunt construite după următorul tipar:

1. enunţarea cuprinsului;
2. dezvoltarea ideilor;
3. concluziile sau așa numitul „to take home message“, echivalent cu noțiunile pe care e bine să le reții și să le folosești.

Alţi oratori folosesc următorul plan:

1. prezentarea unei situaţii problematice;
2. expunerea unei soluţii care să remedieze situaţia;
3. apelul la implicarea celor din jur.

Este exact ce se întâmplă la prezentările de cazuri medicale, workshop-uri, când se pornește de la un caz real și se interacţionează cu publicul, pas cu pas până la elucidarea sau nu, a diagnosticului.

Îmbunătăţirea memoriei se face prin întipărirea, repetarea și asocierea de idei.

Cea mai importată dintre acestea este **întipărirea** temeinică în minte a ideilor pe care vrem să le reţinem. Pentru aceasta trebuie să ne concentrăm asupra lor sau asupra lucrului pe care îl avem de făcut. Văzul este, de asemenea, foarte important. Minţile noastre se bazează pe acuitatea vizuală, aceste informaţii se fixează mult mai bine în mintea noastră, conform zicalei că *„o imagine face cât o mie de cuvinte“*.

Cea de-a doua lege a memoriei este **repetiţia**. Putem memora foarte mult, dacă repetăm suficient. Însă repetiţia mecanică trebuie înlocuită de o repetiţie inteligentă, în concordanţă cu trăsături bine stabilite în mintea noastră.

A treia lege a memoriei, **asocierea de idei**, este elementul indispensabil în a reţine ceva. O memorie antrenată se sprijină pe un sistem de asocieri bine organizat. Secretul unei memorii bune este să facem multe asocieri de idei cu fiecare lucru pe care dorim să ni-l amintim. Datele se reţin cel mai bine prin asocierea lor cu altele importante care sunt deja bine întipărite în minte. Metoda asocierii ideilor este salvatoare pentru cineva care are o pană de memorie.

Elementele de bază ale unei prezentări orale eficiente

- **Introducerea –** este foarte importantă, în această etapă publicul fiind relativ ușor de impresionat. Introducerea trebuie să fie scurtă, trasată doar prin una sau două fraze. Uneori se poate intra direct în subiect folosind cât mai puţine cuvinte. Trebuie evitate poveștile amuzante, scuzele. Introducerea nu trebuie să fie protocolară, ci trebuie să pară liberă.
- **Perseverenţa** – întotdeauna, la prima confruntare cu publicul, putem trece prin momente de frică, neliniște, panică. Perseverând, putem surmonta aceste stări. Atunci când urmează să vorbim în public, trebuie să ne gândim la reușită, moment în care vom face tot ceea ce este necesar pentru aceasta.
- **Subliniem cuvintele importante** și le evităm pe cele mai puţin importante.
- În timpul discursului trebuie să **schimbăm tonul** și să variem ritmul exprimării, făcând o pauză înainte și după ideile importante. Cei mai buni oratori sunt cei cu veleităţi actoricești.
- Întotdeauna mergem **odihniţi** în faţa publicului; un vorbitor obosit nu reușește să atragă atenţia.
- Nu trebuie lăsată **pregătirea discursului** pe ultimul moment.
- Atunci când ţinem un discurs important, este bine să fim atenţi și la **mâncare**. Este recomandabil să mâncăm cât mai puţin, frugal.
- **Vestimentaţia** este și ea importantă. Persoanele care sunt bine îmbrăcate, puse la patru ace, foarte curate, se simt mai sigure, mai încrezătoare.

- Este bine să venim în faţa publicului **zâmbind**, ca şi cum ne-am bucura că ne aflăm acolo. Trebuie să avem grijă ca atitudinea noastră să trezească o reacţie favorabilă.
- Dacă discursul este ţinut în faţa unui public restrâns, într-o încăpere mică, vom rămâne **la acelaşi nivel** cu cei care ascultă. Discuţia trebuie să fie neprotocolară, ca o conversaţie.
- **Claritatea** este foarte importantă în comunicare. Pentru aceasta trebuie să ne asigurăm că ceea ce vrem să spunem ne este foarte clar în minte. Este bine să vorbim la obiect, să folosim imagini, cât mai multe exemple. Ideile importante vor fi reluate cu alte cuvinte, exprimarea trebuie să fie variată. Afirmaţiile abstracte necesită exemple, cazuri concrete, pentru a putea fi înțelese. Vorbitorul trebuie să fie suficient de convins de ceea ce spune pentru a molipsi și publicul. Evităm ticurile verbale.
- În ceea ce privește **gesticulaţia**, aceasta se manifestă diferit de la un vorbitor la altul în funcţie de temperament, de cât este de pregătit, de entuziasm, de personalitate, de subiectul abordat și de situaţie. Nu trebuie repetat un gest de prea multe ori, deoarece va deveni monoton. Nu trebuie să facem mișcări scurte, pripite, din cot. Dacă cineva este foarte pătruns de ceea ce are de spus și este nerăbdător să își transmită mesajul, el vorbește spontan, iar gesturile și exprimarea vor fi convingătoare
- **Încheierea** este cea mai importantă parte a unui discurs deoarece ceea ce se spune este reţinut pe o perioadă mai lungă. Sfârșitul încununează opera, cum spunea Ovidiu („*finis coronat opus*"). Încheierea trebuie să fie frumoasă, discursul să fie rotund. Trebuie să încheiem întotdeauna înainte ca publicul să se plictisească. În încheiere se pot

rezuma, restrânge, sublinia pe scurt principalele puncte din prezentare, se poate face publicului un compliment sincer, se poate construi un punct culminant [18].

Bibliografie

[1] Paşca MD, Comunicarea în relaţia medic-pacient., Tg. Mureş: University Press, 2012.
[2] Prutian Şt., Manual de comunicare şi negociere în afaceri – comunicarea, Iaşi: Polirom, 2000.
[3] Stanton N, Comunicarea, Bucureşti: Ed. Ştiinţă şi Tehnică, 1995.
[4] Wayne Weiten, Dana S. Dunn, Psychology Applied to Modern Life, Cengage Learning, 2015.
[5] „https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_gestures," [Interactiv]. [Accesat 02 07 2016].
[6] Dr. Nageshwar Rao Dr. Rajendra P. Das, Communication Skills Paper Back, Himalaya Publishing House, 2010.
[7] Morgan LL, Miller AB, Sasco A, Davis DL., „Mobile phone radiation causes brain tumors and should be classified as a probable human carcinogen (2A) (review)", *Int J Oncol. 2015 May; 46(5):1865-71. Epub 2015 Feb 25.*
[8] „https://www.emfscientist.org/," [Interactiv]. [Accesat 03 07 2016].
[9] Marinescu A, Codul bunelor maniere astăzi, Bucureşti: Humanitas, 2002.
[10] „http://hilt.harvard.edu/files/hilt/files/notetaking_0.pdf," [Interactiv]. [Accesat 03 07 2016].
[11] „http://web.mit.edu/fnl/volume/184/fnl184.pdf," [Interactiv]. [Accesat 03 07 2016].
[12] Dweck, C. S, Mentalitatea învingătorului, Bucureşti: Curtea veche, 2013.

[13] M. C, „A Learning Secret: Don't Take Notes with a Laptop," *Scientific American,* 3 june 2014.

[14] O. D. MuellerPA, „The Pen Is Mightier Than the Keyboard: Advantages of Longhand Over Laptop Note Taking," *Psychological Science June 2014 25: 1159-1168, first published on April 23, 2014 doi:10.1177/0956797614524581.*

[15] „http://www.sfu.ca/~jcnesbit/EDUC220/ThinkPaper/WilliamsEggert2002.pdf," [Interactiv]. [Accesat 03 07 2016].

[16] https://www.kent.ac.uk/careers/sk/communicating.htm.

[17] Tomoko Tsukamoto, Yoshiyuki Ohira, Kazutaka Noda, Toshihiko Takada, Masatomi Ikusaka, „The contribution of the medical history for the diagnosis of simulated cases by medical students," International Journal of Medical Education. 2012;3:78-82.

[18] Carnegie D, Cum să vorbim în public, Curtea veche.

12. Etica universitară

Magdalena Budișteanu

„Există două moduri de a te păcăli. Primul constă în a crede ceea ce nu este adevărat; al doilea este de a refuza să crezi ceea ce este adevărat"

— Søren Kierkegaard

12.1. Codul de etică

Universităţile reprezintă instituţii care sunt dedicate educaţiei superioare și cercetării, având o contribuţie semnificativă în progresul societăţii. Acest dublu rol implică și o serie de probleme de natură etică, cu efecte asupra tuturor activităţilor specifice unei universităţi.

Ca urmare, elaborarea și aplicarea unui Cod de Etică are rolul de a ajuta comunitatea universitară (personal didactic si nedidactic, studenţi) să identifice și să rezolve problemele etice care pot apărea pe parcursul desfășurării activităţii acesteia în cadrul universităţii [1].

Totodată, Codul de Etică reglementează:

- relaţiile interumane și profesionale dintre cadrele didactice, studenţi, personalul complementar, precum și relaţiile cu alte instituţii academice sau non-academice, cu comunitatea locală, pe plan naţional şi internaţional [1].

- respectarea drepturilor și responsabilităţilor tuturor membrilor comunităţii universitare,
- soluţionarea eventualelor conflicte ce apar în cadrul universităţii.

Elaborarea și punerea în aplicare a Codului de Etică sunt realizate de către Consiliul de etică al universităţii. Trebuie însă subliniat faptul că, Codul de Etică Universitară nu înlocuiește codurile pentru cercetarea ştiinţifică, acestea din urmă fiind elaborate în conformitate cu legislaţia naţională privind cercetarea ştiinţifică [2].

Codul de Etică Universitară are la bază o serie de principii [1]:

- libertatea academică,
- competenţa și profesionalismul,
- respectul,
- toleranţa,
- colegialitatea,
- dreptatea,
- echitatea,
- meritul,
- onestitatea,
- corectitudinea intelectuală,
- integritatea,
- transparenţa,
- responsabilitatea profesională și socială,
- loialitatea.

Libertatea academică

Acest principiu asigură dreptul tuturor membrilor comunităţii universitare de a-și exprima deschis opiniile ştiinţifice și profesionale, fără constrângeri economice, politice sau religioase, fără a fi cenzurat, desigur cu condiţia respectării standardelor ştiinţifice [3].

Principiul libertăţii academice exclude acţiunile care nu fac obiectul activităţilor specifice universităţii, cum ar fi propaganda politică sau religioasă sau cu caracter rasist sau xenofob, ca și discursuri de defăimare a universităţii sau a membrilor acesteia [3].

Competența și profesionalismul

Acest principiu are drept scop asigurarea unui mediu universitar bazat pe profesionalism și competitivitate, care să ducă la formarea de specialiști cu înaltă competenţă profesională și la creșterea prestigiului universităţii [3].

Prin aplicarea acestui principiu se încurajează creșterea calităţii activităţilor desfășurate în cadrul universităţii (de cercetare ştiinţifică, pedagogică, managerială), cu evitarea unor situaţii de tip impostură, superficialitate, dezinteres [3].

Toţi membrii comunităţii universitare trebuie să își asume răspunderea pentru calitatea activităţilor desfășurate în cadrul universităţii [4].

Fiecare cadru didactic are obligaţia de a cunoaște în detaliu disciplina pe care o predă, de a actualiza în permanenţă conţinutul cursului cu informaţii noi furnizate de literatura ştiinţifică din domeniul respectiv, de a pregăti și a susţine cursurile la orele stabilite în orar, de a elabora materialul didactic dedicat pregătirii studenţilor, de a îndruma activităţile de redactare de lucrări (proiecte de cercetare, lucrări de licenţă, de doctorat sau de disertaţie) de către studenţi/ masteranzi/ doctoranzi, de a comunica rezultatele examinărilor/evaluărilor studenţilor la datele stabilite (4).

Respectul, toleranța și colegialitatea

Acest principiu vizează respectarea demnităţii fiecărui membru al comunităţii universitare; sunt interzise orice formă de dispreţuire,

exploatare, umilire, amenințare, intimidare sau hărțuire. Nu sunt permise nici un fel de manifestări rasiste, misogine sau xenofobe [5].

Activitatea în comunitatea universitară presupune colaborarea membrilor acesteia, în spirit de colegialitate și respect reciproc. Colegialitatea implică respectarea fiecărui membru al comunității universitare, suplinirea colegială, colaborarea în cadrul proiectelor de cercetare, respectarea confidențialității informațiilor cu titlu privat [5].

Dreptatea și echitatea

Acest principiu vizează respingerea oricăror forme de discriminare sau exploatare, cu respectarea egalității de șanse în ceea ce privește accesul la angajare, la studii, la perfecționarea profesională continuă, cu combaterea oricărei forme de corupție sau favoritism [5].

Membrii universității au parte de același mod corect și echitabil pentru a fi tratați, fără discriminări pe criterii extraprofesionale precum, religie, orientare sexuală, sex, etnie, minorități etc. [5].

Meritul

Oricare membru al comunității academice care desfășoară activitate didactică, științifică, administrativă etc., are dreptul la recunoașterea și recompensarea meritelor.

În acest mod se urmărește obținerea excelenței, cu creșterea prestigiului universității [1].

Onestitatea și corectitudinea intelectuală

Dreptul la proprietate intelectuală și implicit dreptul de autor, este esențial în activitatea oricărui membru al comunității academice. Plagiarismul, copiatul la examene sau concursuri, falsificarea

rezultatelor cercetărilor ştiinţifice, însuşirea ideilor, brevetelor altor autori, tentativele de corupţie, sunt interzise. Evaluarea performanţelor personalului didactic şi nedidactic al universităţii, ca şi a studenţilor trebuie să fie corectă şi transparentă [1, 3, 6].

Integritatea

Principiul integrităţii este cel care stă la baza asigurării unor condiţii optime de desfăşurare a activităţilor specifice universităţii (activităţi didactice şi de cercetare, activităţi administrative, de conducere) [3].

Se consideră că există un conflict de interese în situaţia în care interesele personale ale unui membru al comunităţii universitare sunt în dezacord cu obligaţiile sale profesionale sau îi afectează independenţa şi imparţialitatea.

Astfel, la nivelul relaţiilor cadru didactic – student sunt considerate abateri de la principiul integrităţii:

- pretinderea sau acceptarea de foloase materiale,

- prestarea de către cadrul didactic a unor activităţi în favoarea studentului sau a unei rude a acestuia,
- prestarea de către student a unor activităţi în favoarea cadrului didactic sau a unei rude a acestuia [6].

Sunt considerate încălcări ale integrităţii şi nerespectarea procedurilor de selecţie în procesul de achiziţionare de materiale sau echipamente, cererea, acceptarea sau oferirea de foloase materiale în scopul angajării [4].

Transparenţa

Principiul transparenţei vizează asigurarea egalităţii de şanse a tuturor membrilor comunităţii universitare, cu oferirea unui acces echitabil la tot ce înseamnă angajare, formare profesională, avansare, participare la proiecte de cercetare [3].

Responsabilitatea profesională și socială

Acest principiu urmăreşte stimularea simţului de colegialitate şi de cetăţenie a membrilor comunităţii universitare prin încurajarea implicării acestora în problemele profesionale și publice, cu respectarea standardelor profesionale şi etice [3].

Fiecare membru al universităţii este răspunzător pentru acţiunile sale.

Loialitatea

Principiul loialităţii se referă la obligaţia fiecărui membru al comunităţii universitare de a acţiona în interesul universităţii, în scopul creşterii prestigiului şi a competitivităţii ei [3].

12.2. Consiliul de etică

„Educaţia este arta de a face omul etic".

— Hegel

Fiecare Universitate are un Consiliu de etică ce funcţionează pe baza unui Statut, adoptat de către Senatul respectivei universităţi.

Statutul trebuie să conţină prevederi care să se refere la următoarele aspecte ale Consiliului de Etică:

- finanţare,
- componenţă,
- alegerea și numirea membrilor,
- atribuţiuni,
- jurisdicţie,
- sancţiuni [5].

Consiliul de Etică îndeplinește următoarele roluri:

- asigură aplicarea corespunzătoare a Codului de etică în universitate,
- întocmește un raport anual referitor la respectarea prevederilor Codului de etică,
- propune eventuale modificări ale Codului de Etică
- asigură implementarea lor [5].

În Universitatea București, la Facultatea de Filosofie își desfășoară activitatea Centrul de Cercetare în Etică Aplicată (CCEA). În această instituţie unică, se studiază discipline etice, precum teoriile morale clasice, roboetica, bioetica, etica sexului etc.

Sub egida lui de organizează dezbateri, se elaborează articole, cărţi care au obiectivul de a impulsiona și de a încuraja reflecţia raţională în etica aplicată și filosofia morală.

Există o multitudine de surse de informare despre etică.

Una dintre ele este Universitatea Santa Clara din California, pe al cărei site (*https://www.scu.edu/ethics/ethics-resources /ethics-cases/?fam=BUSI*) găsim studii de caz pentru etica academică, bioetică, etica internetului, a leadership-ului,etc.

12.3. Etica cercetării

„Științele sunt uși,
iar cheile lor sunt cercetările."

— ANTON PANN

Cercetarea ştiinţifică este una din activităţile cele mai elaborate din punct de vedere intelectual. Ea reprezintă rezultatul unor eforturi colective și de colaborare, realizate de către specialiști cu un înalt nivel de pregătire profesională și care implică adesea folosirea unor mijloace tehnologice avansate.

De exemplu, Proiectul Genomului Uman, comparat ca importanţă cu programul Apollo, care a permis oamenilor să exploreze Luna, *https://www.genome.gov/12011238/an-overview-of-the-human-genome-project/*, a deschis alte controverse și norme privind cercetarea.

Articolul „Evolution of Clinical Research: A History Before and Beyond James Lind publicat în 2010 de Bhatt A, face o interesantă incursiune în istoria cercetării ştiinţifice medicale. De pe site-ul *http://www.jameslindlibrary.org/* aflăm date interesante despre modul de cercetare etică a noilor medicamente și istoria lor.

Un prim studiu deschis, necontrolat, menit să decidă un comportament de sănătate publică a fost efectuat de Nabucodonosor II (634-562 î.Hr.). Conducătorul babilonian, a pretins subordonaţilor să mănânce doar carne şi să bea numai vin, pentru a fi într-o formă fizică bună. Un grup de tineri care proveneau dintr-o clasă socială mai înaltă, preferau însă să mănânce vegetarian. Li s-a acordat acest regim doar pe o durată de 10 zile. La încheierea experimentului, vegetarienii erau mai în formă ca ceilalţi şi conducătorul le-a permis continuarea dietei vegetariene.

Savantul Ștefan Odobleja, medic militar, creatorul „psihologiei consonantiste“, precursor mondial al ciberneticii, face o veritabilă pledoarie pentru cercetare, adresându-se tinerilor:

„Pentru a crea, e nevoie de intensitate:de spirit viguros, solid și precis. E nevoie de profunzime și de pătrundere, de inteligență divinatorie și inventivă, de sagacitate, spirit de sinteză, mare forță de intuiție. E nevoie pe de altă parte, de multă finețe,

spirit de discernământ și de analiză, aptitudine pentru lucrări minuțioase…Pentru a crea, e nevoie de amplitudine: de o mare bogăție de material elaborat. Bogăție de memorie:spirit complex, larg, enciclopedic. Marile invenții au fost realizate de savanți care erau, în același timp, erudiți… Pentru a crea, e nevoie de durată, de perseverență, de fixitate, de răbdare, de o idee fixă urmărită cu îndârjire, pasiune, obsesie, concentrare durabilă și tenace. Geniul nu e decât o îndelungată răbdare."
– din volumul „Pagini inedite".

Rolul eticii în cercetarea științifică a început să fie pus în discuție pe la mijlocul secolului XX, ca urmare a raportării unor studii științifice realizate fără respectarea principiilor etice.

Codul de la Nuremberg, apărut în anul 1947 cu scopul de a judeca studiile efectuate de medicii naziști, este considerat ca primul document ce pune în discuție principiile etice moderne [8]. El conține 10 paragrafe:

1.	Consimțământul voluntarilor să se bazeze pe cunoașterea corespunzătoare a naturii, duratei, scopului, metodelor, inconvenientelor, hazardului și efectului cercetării
2.	Cercetarea are drept scop obținerea de rezultate utile pentru societate care nu ar putea fi obținute prin alte metode
3.	Cercetarea să se bazeze pe studii pe animale și pe date preliminare
4.	Orice injurii și suferințe fizice sau mentale nenecesare să fie evitate
5.	Să nu se realizeze experimente care să aibă ca efect decesul sau injurii dizabilitante
6.	Riscurile să nu depășească importanța umanitară a problemei care se urmărește a fi rezolvată

7.	Să existe posibilitatea protejării subiecţilor de apariţia unor injurii, dizabilităţi sau riscuri de deces chiar şi după încetarea studiului.
8.	Cercetarea să fie realizată de persoane calificate din punct de vedere ştiinţific şi care deţin cele mai înalte competenţe
9.	Subiecţii să aibă libertatea să se retragă din studiu dacă starea lor fizică sau mentală face imposibilă continuarea acestuia
10.	Cercetătorii să fie pregătiţi să întrerupă un experiment dacă sunt convinşi de faptul că, continuarea acestuia este foarte probabil să producă injurii, dizabilităţi sau decesul subiectului

Din cauza asocierii cu crimele de război naziste, acest cod a avut doar un impact slab în practică. La începutul anilor ’60 în Statele Unite ale Americii au fost efectuate cercetări medicale fără respectarea principiilor etice pe voluntari aşa-zis vulnerabili (vârstnici, pacienţi în fază terminală) [7]. Dintre acestea menţionăm proiectul realizat pe pacienţi vârstnici cu anumite dizabilităţi la care s-au injectat celule canceroase hepatice fără obţinerea consimţământului [8], un studiu asupra hepatitei virale tip C în care copii cu retard mental au fost infectaţi în mod deliberat cu virus hepatitic C [9].

În 1966, H. Beecher a publicat în New England Journal of Medicine un articol intitulat „Ethics and Clinical Research“ în care raporta 22 cercetări medicale pe subiecţi umani în care aspectele etice erau suboptimale [10].

Aceste studii, ca şi altele similare, au aruncat o lumină negativă asupra cercetării medicale în ochii opiniei publice. Acest fapt a avut drept urmare elaborarea unor serii de declaraţii referitoare la principiile fundamentale ale eticii în cercetarea biomedicală, cum ar fi Declaraţia de la Helsinki, Convenţiile UE privind Drepturile Omului şi Biomedicina etc. [12].

Acestea au avut scopul de protejare a drepturilor persoanelor care participă la diverse cercetări ştiinţifice.

Declaraţia de la Helsinki, publicată în anul 1964 de către World Medical Association, a introdus o serie de principii referitoare la cercetarea umană [12]. Deși Declaraţia a subliniat standardele ştiinţifice care trebuie să guverneze cercetarea, ea a permis mai multă libertate medicilor în ceea ce privește omiterea aplicării procedurilor de obţinere a consimţământului în circumstanţe speciale [15].

În anul 1975 a fost realizată o revizuire a Declaraţiei de la Helsinki [16] care a introdus necesitatea evaluării protocoalelor de cercetare de către un comitet de etică independent. În prezent, Declaraţia de la Helsinki este considerată ca un document de principii etice pentru cercetarea medicală care implică subiecţi umani, inclusiv cercetarea pe materiale și date umane identificabile [14].

Comitetul de etică a Cercetării

Comitetul de Etică a Cercetării într-o instituţie are drept scop să asigure respectarea drepturilor participanţilor la studii de cercetare. Cercetările aprobate de către Comitetul de Etică sunt conduse în conformitate cu protocoalele stabilite [14].

Consimţământul informat

Consimţământul informat se bazează pe necesitatea ca subiecţii să înţeleagă că toate intervenţiile (diagnosticul, tratamentul, măsurile preventive) din domeniul medical trebuie efectuate după ce participantul a fost informat despre scopul, natura, consecinţele şi riscurile intervenţiei și a consimţit în mod liber la aceasta [17].

Un consimţământ informat trebuie să includă în mod obligatoriu oferirea de informaţii detaliate despre studiu, realizată într-o

manieră ușor de înțeles de către subiecții participanți și autorizarea intervenției [18].

O situație particulară în obținerea consimțământului informat este reprezentată de participanții minori și al celor fără discernământ, când, consimțământul informat va fi obținut de la tutorii legali ai acestora.

Confidențialitatea

Confidențialitatea se referă la nedivulgarea informațiilor subiecților participanți la studiu către un terț, cu excepția persoanelor autorizate [14].

Sunt descrise diverse aspecte ale confidențialității: drepturile omului, confidențialitatea persoanelor tinere, anonimizarea datelor, registrele din domeniul geneticii și al oncologiei etc. [19].

Intimitatea

Intimitatea în cercetare se referă la dreptul unui individ de a decide cât de multe informații privind starea lui fizică, sănătatea, statutul social, sentimentele, gândurile vor fi împărtășite investigatorilor [20].

Trebuie avută în vedere și protejarea drepturilor la intimitate ale membrilor familiei subiectului participant la studiu.

Respectul și responsabilitatea

Respectul în cercetare se referă la respectarea ființei umane și a adevărului [14].

Acesta implică dreptul la consimțământ informat și confidențialitate al subiecților participanți la studiu și, respectiv, respectarea proprietății intelectuale. Cercetătorii au obligația de a respecta cele

mai înalte standarde în cercetare. Atunci când sunt publicate rezultatele cercetărilor, autorii trebuie să includă și precizarea unor eventuale interese financiare sau concurente [14].

Publicarea datelor cercetărilor științifice:

Datele obţinute din activitatea de cercetare trimise spre publicare trebuie să fie corecte și interpretate corect, fapt ce presupune, implicit, o conduită corectă în cercetare, fără a fabrica sau falsifica date, sau a plagia.

Fabricarea de date reprezintă publicarea unor rezultate ale unor cercetări care nu au fost niciodată efectuate.

Falsificarea rezultatelor este definită ca modificarea datelor obţinute în experimentele de cercetare în scopul confirmării unei anumite teorii.

Plagiatul îmbracă forme diferite:

Însușirea muncii altcuiva
Folosirea unor cuvinte, idei, fără acordul autorului, fără citarea sursei sau fără folosirea ghilimelelor
Informaţii incorecte sau false despre sursele bibliografice
Schimbarea cuvintelor dintr-o frază fără a cita sursa
Copierea unui mare număr de idei sau paragrafe, astfel încât acestea să fie majoritare în propria lucrare, chiar dacă se menţionează sursa [21].

Este notorie povestea descoperirii insulinei de către savantul român Nicolae Păulescu, născut pe Calea Moșilor din București, într-o familie de negustori. El a identificat o substanţă numită pancreină (insulină), cu efect antidiabetic și în august 1921 a publicat rezultatele cercetării laborioase în *„Archives Internationales de*

Physiologie", revistă care apărea în Franţa şi Belgia. Brevetul de invenţie de la forul competent român a fost primit în anul 1922. În acest act oficial se preciza: *„Dau acest nume substanţei active descoperite de mine în extractul de pancreas. Această substanţă are proprietatea remarcabilă ca, atunci când este injectată unui animal diabetic, să producă o diminuare sau chiar o suprimare trecătoare a hiperglicemiei…"* După aproximativ un an, cercetătorii canadieni Fr. Grant Banting şi Ch. Herbert Best anunţau că au descoperit insulina şi în 1923, celor doi li se acordă Premiul Nobel. Profesorul A.W.K. Tiselius, vicepreşedinte al Fundaţiei Nobel, i-a recunoscut lui Păulescu meritul pentru descoperirea insulinei, dar a fost din păcate prea târziu pentru savant, deoarece s-a stins şi nu a mai apucat să se bucure de această reparaţie morală. (*http://www.historia.ro/exclusiv_web/portret/articol/nicolae-paulescu-descoperirea-insulinei-povestea-unui-nobel-furat*).

Conduita incorectă poate fi cauzată de fraudă deliberată sau practici discutabile în cercetare (neglijenţă, superficialitate în folosirea procedurilor de cercetare, erori necorectate, lucrări de slabă calitate).

Un alt aspect al eticii publicării rezultatelor cercetării este legat de listarea autorilor într-o lucrare ştiinţifică. Astfel, în lista de autori ai unei lucrări ştiinţifice vor fi incluși numai cei care au contribuit în mod semnificativ la obţinerea rezultatelor publicate. Contribuţia fiecărui autor trebuie să fie reflectată de ordinea în care sunt listaţi autorii.

Conflictul de interese

Un aspect important în cercetarea ştiinţifică este reprezentat de comercializarea rezultatelor cercetării.

Probleme particulare apar atunci când sunt implicate diverse firme interesate în publicarea rezultatelor unor cercetări care vizează

produse ale firmelor respective, cum ar fi situaţia firmelor producătoare de medicamente sau de diverse tehnologii medicale. În aceste situaţii există pericolul ca cercetătorii să nu acţioneze în interesul public sau să falsifice rezultatele cercetării care sunt în defavoarea firmei implicate în finanţarea cercetării respective sau să publice rezultate false în favoarea firmei.

Este de la sine înţeles că cercetătorul are datoria etică să prezinte în mod onest rezultatele experimentelor sale, chiar în situaţiile în care acestea nu sunt în favoarea intereselor firmei care a finanţat cercetarea.

Cercetarea pe animale

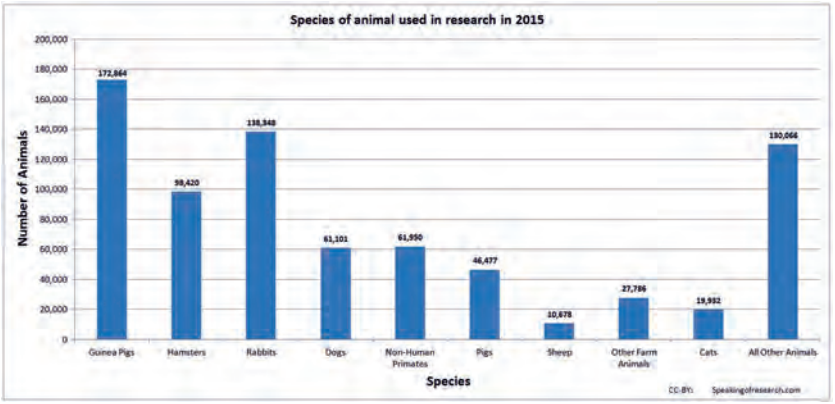
Regulile privind cercetarea pe animale, sunt din ce în ce mai restrictive, datorită în principal organizaţiilor care apără drepturile acestora.

Redăm un mic fragment din scrisoarea către John, un ipotetic tânăr urmaș al lui Hans Salye, părintele conceptului de stres, despre care am mai vorbit în această carte:

> *„Îmi place să ţin un șobolan în mână și să-l observ. Îmi place să mă uit la organele lui cu o lupă sau să examinez secţiuni histologice colorate cu tehnici elementare. Cu tot doctoratul*

meu în chimie, nu am recurs niciodată la procedee chimice complexe. Niciodată nu am folosit izotopii, microscopul electronic, spectrele de difracție ale razelor X, sau vreunul din noile aparate atât de rafinate și nu pentru că nu aș aprecia valoarea lor, ci mai degrabă pentru că sunt mai interesat de tabloul general al lucrurilor, decât de detalii. Mă simt oarecum mai aproape de Mama Natură, când pot să o observ direct, cu ajutorul organelor de simț cu care tot ea m-a înzestrat, decât când se interpun între noi instrumente care adesea îi deformează înfățișarea".

Humane Society International (HSI) estimează că peste 115 milioane de animale sunt folosite în laboratoarele de cercetare în lume, anual.



Numărul animalelor folosite în cercetare în 2015 în SUA, cu 8% mai puține decât în 2014.
https://speakingofresearch.com/facts/statistics/

În pofida zecilor de ani de experiențe pe animale, majoritatea bolilor, ca de exemplu astmul bronșic sau stroke-ul, pentru

care s-au testat mii de substanţe, sunt tratate ineficient. Deşi criticile asupra cercetărilor pe animale în privinţa inechivalenţelor rezultatelor extrapolate la om, sunt tot mai numeroase, acestea continuă.

Însă ele sunt admise numai în următoarele condiţii:

- nu există altă alternativă la cercetare;
- sunt folosite cele mai umane metode de lucru;
- este folosit numărul cel mai mic posibil de animale;
- este asigurată siguranţa si sănătatea cercetătorilor care vor lucra cu animalele.

Vă mai amintiţi de celebra oaie clonată? În 1996 numele Dolly, făcea înconjurul lumii, iar vestea clonării primului mamifer de către cercetătorii scoţieni, bulversa lumea ştiinţifică. De ce s-a clonat oaia și nu alt animal? Una dintre posibilele explicaţii ar fi că cea mai mare licitaţie de oi din Europa este în Scoţia, deci materia primă era din belșug!

Dolly a fost rezultatul primei clonări reușite dintr-o celulă mamară adultă, prin procedeul de transfer nuclear după mai mult de 270 încercări! Deși durata medie de viaţă a oilor este în medie de 10-12 ani, Dolly a trăit până la vârsta de șase ani.

Fiind un animal de cercetare, nu s-a bucurat de libertate ci, a avut domiciliul în Institutul de biotehnologie animală Roslin (Edinburgh). I s-a curmat suferinţa prin eutanasiere, când s-a constatat că avea cancer pulmonar.

Controversele acestui experiment nu s-au terminat nici astăzi, opiniile pro și contra disputându-se neîncetat.

Legislaţia cercetării în România

În România etica cercetării este reglementată printr-o serie de legi:

- legea Educaţiei Naţionale nr. 1/2011;

- O.G. 57/2002, cu modificările și completările ulterioare, privind cercetarea științifică și dezvoltarea tehnologică,
- legea nr. 319/2003 cu modificările și completările ulterioare, privind statutul cercetătorului;
- legea privind buna conduită în cercetarea științifică, dezvoltarea tehnologică și inovare.

Consiliul Naţional de Etică a Cercetării Ştiinţifice, Dezvoltării Tehnologice și Inovării este organismul prevăzut de Legea nr. 206/2004 privind buna conduită în cercetarea științifică, dezvoltarea tehnologică și inovare, cu modificările și completările ulterioare.

Legea privind buna conduită în cercetarea științifică, dezvoltarea tehnologică și inovare, definește și următorii termeni:

- **frauda în ştiinţă** = acțiunea deliberată de confecționare, falsificare, plagiere sau înstrăinare ilicită a rezultatelor cercetării științifice;
- **confecţionarea de date** = înregistrarea și prezentarea unor date din imaginaţie, care nu sunt obţinute prin metodele de lucru folosite în cercetare;
- **falsificare** = măsluirea materialelor de cercetare, a echipamentelor, proceselor sau rezultatelor; omiterea unor date sau rezultate de natură a deforma rezultatele cercetării;
- **plagiat** = însușirea ideilor, metodelor, procedurilor, tehnologiilor, rezultatelor sau textelor unei persoane, indiferent de calea prin care acestea au fost obţinute, prezentându-le drept creaţie personală;
- **conflict de interese** = situaţia de incompatibilitate în care se află o persoană care are un interes personal ce influenţează imparţialitatea și obiectivitatea activităţilor sale in evaluarea, monitorizarea, realizarea și raportarea activităţilor de cercetare-dezvoltare; interesul personal include orice avantaj pentru persoana în cauză, soţul/soţia, rude ori afini, până

la gradul al patrulea inclusiv, sau pentru instituţia din care face parte.

Bibliografie

[1] Ethical and Moral Dimensions for Higher Education and Science in Europe, Collection of Texts and Selected Bibliography, September 2004, UNESCO-CEPES (coduri de etică, recomandări)

[2] Appelbaum, David și Lawton, Sarah Verone, *Ethics and the Professions,* Prentice Hall, New Jersey, 1990

[3] University of Auckland (Producer). (2016). *Academic integrity: Values, skills, action* [MOOC]. Retrieved from https://www. futurelearn.com/courses/academic-integrity La Follette, Hugh (ed), *Ethics in Practice,* Blackwell, 1997

[4] Miroiu, Mihaela & Blebea Nicolae, Gabriela, *Introducere în etica profesională,* Editura « Trei », București, 2001

[5] Miroiu, Mihaela, *Politici ale echităţii de gen în învăţământul superior,* Politeia, București, 2003

[6] Mureșan, Valentin, *Valorile și adevărul moral,* (ed), Alternative, București,1995

[7] Thomson CJH. Research ethics committees; 2012.

[8] Wisely J. Research ethics committees. Brit J Gen Pract 2008; 58(553):580.

[9] Rothman, D. și Rothman, S. 1984. The Willowbrook Wars. Cambridge: HarperCollins, pages 265–266.

[10] Beecher HK. Ethics and clinical research. Bull World Health Org 2001;79(4):367–72.

[11] Code N. Informed consent in human research: ethical and legal aspects. In: Lebacqz K, Levine RJ, editors. Encyclopedia of bioethics.1946. p. 757, 1982.

[12] Saif M. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. J Am Med Assoc 2000;284:3043–5.
[13] Nys H, Stultiëns L, Borry P, Goffin T, Dierickx K. Patient rights in EU Member States after the ratification of the Convention on Human Rights and Biomedicine. Health Policy 2007;83(2):223–35.
[14] Guraya SY, London N.J.M, Guraya ss. Ethics in medical research. Journal of Microscopy and Ultrastructure 2 (2014) 121–126.
[15] Garrafa V, Solbakk JH, Vidal S, Lorenzo C. Between the needy and thegreedy: the quest for a just and fair ethics of clinical research. J MedEthics 2010;36(8):500–4.
[16] Shephard D. The 1975 Declaration of Helsinki and consent. Can MedAssoc J 1976;115(12):1191.
[17] Glickman SW, McHutchison JG, Peterson ED, Cairns CB, Harring-ton RA, Califf RM, et al. Ethical and scientific implications of the globalization of clinical research. N Engl J Med 2009;360(8):816–23.
[18] Agre P, Campbell FA, Goldman BD, Boccia ML, Kass N, McCullough LB,et al. Improving informed consent: the medium is not the message.IRB: Ethics Hum Res 2003;25(5):S9–11.
[19] Woodward Z, Argent VP. Patient confidentiality. Curr ObstetGynaecol 2005;15(3):211–4.
[20] Fisher CB. Privacy and ethics in pediatric environmental health research – part I: genetic and prenatal testing. Environ Health Per-spect 2006;114(10):1617.
[21] Chamon W, Dantas PE. What is plagiarism after all? Arq Bras Oftalmol. 2016 Apr;79(2):V-VI.

13. Răspunderea profesională în domeniul medical

Beatrice Gabriela Ioan

„Aceia care renunţă la libertate pentru a obţine puţină siguranţă, nu merită nici libertatea nici siguranţa.“
— Benjamin Franklin

13.1. Introducere

Responsabilitatea socială este expresia valorilor sociale cristalizate într-un sistem de norme sociale, destinate modelării comportamentului indivizilor din societate în vederea integrării lor în ordinea socială. Astfel, responsabilitatea socială reflectă comportamentul ales liber de membrii societăţii din multiple variante posibile, raportat la interesele generale ale societăţii. Comportamentele alese ale indivizilor au diferite consecinţe pe plan social, funcţie de respectarea sau nerespectarea normelor sociale.

Răspunderea juridică[1], latură importantă a relaţiilor interumane, este plasată în cadrul responsabilităţii sociale. Încălcarea valorilor sociale ocrotite de lege aduce atingere ordinii publice, moralei, bunei

1 Răspunderea juridică reprezintă „complexul de drepturi și obligații conexe, care-potrivit legii – se naște ca urmare a săvârșirii unei fapte ilicite și care constituie cadrul de realizare a constrângerii de către stat, prin aplicarea sancțiunilor juridice în scopul asigurării stabilității raporturilor sociale și al îndrumării membrilor societății în spiritul respectării ordinii de drept“ cf. M. Costin. O încercare de definire a noțiunii răspunderii juridice. Revista română de Drept, nr. 5/1970, cit. Florin I. Mangu. Malpraxisul medical. Răspunderea civilă medicală. București: Wolters Kluwer, 2010.

desfăşurări a relaţiilor sociale şi afectează drepturile altor persoane, motiv pentru care persoana care a încălcat valorile sociale trebuie să răspundă în faţa legii.

Temeiul obiectiv al răspunderii juridice este *fapta ilicită*. Săvârşirea ei generează un raport juridic a cărui finalitate este restabilirea ordinii de drept încălcată prin aplicarea unei sancţiuni de către stat.

Răspunderea medicului se încadrează în categoria răspunderii juridice și poate fi civilă, penală, disciplinară sau administrativă, funcţie de valorile sociale ocrotite de lege[2].

Formele răspunderii profesionale a medicului pot coexista![3]

13.2. Răspunderea civilă

Este o formă a răspunderii juridice prevăzută de Codul Civil, care constă din obligaţia unei persoane de a repara prejudiciul pe care l-a cauzat alteia[4].

Răspunderea civilă poate fi contractuală[5], atunci când cauza prejudiciului produs este nerespectarea unei obligaţii asumate într-un contract sau delictuală[6], atunci când prejudiciul este cauzat de o faptă ilicită extracontractuală.

Răspunderea civilă a medicului este reglementată în principal de Legea 95/2006[7], prevederi referitoare la drepturile pacientului fiind prevăzute și în legea 46/2003.

2 Mangu F.I.. Malpraxisul medical. Răspunderea civilă medicală. București: Wolters Kluwer, 2010.
3 Legea 95/2006, art. 653, al 5
4 Cod Civil, art. 1357, 1358
5 Cod Civil, art. 1350
6 Cod Civil, art. 1349
7 Legea 95/2006, Titlul XVI, art. 653-690

Malpraxisul este „eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, generatoare de prejudicii asupra pacientului, implicând răspunderea civilă a personalului medical[8] și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice“[9].

Personalul medical poate răspunde civil pe de o parte pentru prejudiciile cauzate din erori în exercitarea profesiei, comise prin neglijenţă, imprudenţă sau cunoștinţe medicale insuficiente, iar pe de altă parte pentru prejudiciile cauzate ca urmare a nerespectării reglementărilor legale referitoare la consimţământul informat, confidenţialitate, obligativitatea acordării asistenţei medicale și obligativitatea respectării limitelor competenţei profesionale[10].

Elementele constitutive ale unei fapte de malpraxis medical

- Existenţa unei fapte medicale ilicite (produsă prin eroare sau prin încălcarea unor prevederi legale);
- Producerea unui prejudiciu real și cert;
- Vinovăţia (poziţia subiectivă a autorului faptei faţă de aceasta și consecinţele sale);
- Existenţa unei legături de cauzalitate între fapta medicală ilicită și prejudiciul produs[11].

8 În sensul legii 95/2006, personalul medical include: „medicul, medicul dentist, farmacistul, asistentul medical și moașa care acordă servicii medicale“ (legea 95/2006, art. 653, al 1)

9 Legea 95/2006, art. 653, al 1

10 Legea 95/2006, art. 653, al 2- 4

11 Mangu F.I. Malpraxisul medical. Răspunderea civilă medicală. București: Wolters Kluwer, 2010; Ordinul 1343/2006, art. 34.

Răspunderea pentru actul medical este *individuală*, astfel că fiecare dintre profesioniștii implicați în furnizarea actului medical răspund civil proporțional cu gradul de vinovăție al fiecăruia[12].

Răspunderea civilă a personalului medical nu poate fi angrenată în situațiile în care daunele și prejudiciile produse în furnizarea actului medical se datorează:

– Condițiilor de lucru,
– Dotării insuficiente cu echipament de diagnostic și tratament,
– Infecțiilor nosocomiale, efectelor adverse,
– Complicațiilor și riscurilor în general acceptate ale metodelor de investigație și tratament,
– Viciilor ascunse ale materialelor sanitare, echipamentelor și dispozitivelor medicale, substanțelor medicale și sanitare folosite,
– Intervenției cu bunăcredință în situații de urgență, cu respectarea competenței acordate[13]

Acordul pacientului informat / consimțământul informat

Conform legislației în vigoare, pacientul trebuie să își exprime în scris acordul pentru orice intervenție medicală de prevenție, diagnostic sau tratament cu potențial de risc.

Acordul informat al pacientului se obține după informarea acestuia cu privire la diagnostic, tipul și scopul tratamentului cu eventualele riscuri și consecințe, evoluția bolii în absența tratamentului[14].

12 Legea 95/2006, art. 654, al 1
13 Legea 95/2006, art. 654, al 2
14 Legea 95/2006, art. 660, Legea 46/2003, art 6

În plus față de informațiile strict medicale, pacientul are dreptul de a primi informații referitoare la:

- serviciile medicale disponibile,
- modul in care acestea pot fi utilizate,
- identitatea și statutul personalului care îngrijește,
- regulile și obiceiurile pe care trebuie să le respecte în unitatea medicală.

Consimțământul informat al pacientului este obligatoriu și pentru:

- recoltarea, păstrarea sau folosirea oricăror produse biologice prelevate din corpul său;
- participarea în învățământul medical clinic;
- participarea la cercetarea științifică[15];
- fotografierea și filmarea sa în incinta unității medicale în care este internat, cu excepția situațiilor în care fotografiile sau filmele sunt necesare diagnosticului, tratamentului sau monitorizării evoluției bolii sau acestea sunt necesare evitării suspectării unei culpe medicale.

Consimțământul informat poate fi exprimat de persoane cu vârstă peste 18 ani și care au discernământ. În cazul minorilor, consimțământul informat pentru o procedură medicală este obținut de la părinți sau de la reprezentanții legali. Excepțiile de la această reglementare legală, sunt: urgențele medicale, imposibilitatea contactării părinților sau reprezentantului legal, minorul având discernământul necesar aprecierii situației, precum și „situațiile medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani".

În cazul persoanelor majore, fără discernământ, consimțământul informat este obținut de la ruda cea mai apropiată sau de la

15 Legea 46/2003, art. 18-20

reprezentantul legal. În cazul în care aceste persoane nu pot fi contactate, personalul medical poate solicita autorizarea efectuării actului medical autorității tutelare sau pot acționa fără această autorizare în situații de urgență[16].

Acordul pacientului informat
– Se obține pentru orice act medical de prevenție, diagnostic sau tratament;
– Se exprimă în scris;
– Se obține după informarea pacientului la un nivel științific rezonabil pentru capacitatea acestuia de înțelegere;
– Se obține de la persoane cu vârstă peste 18 ani;
– Pentru persoane cu vârsta sub 18 ani se obține de la părinți sau de la reprezentanții legali;
– Pentru pacientul fără discernământ, acordul informat se obține de la ruda cea mai apropiată sau de la reprezentantul legal.

Confidențialitatea

Informațiile referitoare la starea de sănătate a pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul urmat, precum și orice informații care ar putea lega identitatea unei persoane de o anumită informație medicală sunt strict confidențiale, acestea putând fi dezvăluite doar pacientului[17]. Aceste informații pot fi comunicate terților numai cu acordul expres al acestuia[18].

16 Legea 95/2006, art. 661-662
17 Această obligație se referă și la informarea membrilor familiei pacientului și rămâne valabilă și după decesul acestuia.
18 Legea 46/2003, art. 21

Conform legislației în vigoare, există o serie de excepții de la regula păstrării confidențialității datelor medicale, după cum urmează:

Informațiile divulgate sunt necesare altor furnizori de servicii medicale implicați în asistarea pacientului.
Dacă pacientul constituie pericol pentru sine însuși sau pentru sănătatea publică și există dovezi în acest sens.
Există acordul pacientului pentru comunicarea de informații către alte persoane, indicate de către acesta.
Pacientul nu dorește să fie informat despre starea sa de sănătate; în această situație, pacientul trebuie să indice persoana care va primi informațiile referitoare la starea sa de sănătate[19].

Accesul pacientului la informațiile medicale personale

Pacientul are *acces nelimitat* la toate informațiile medicale personale, iar medicul are obligația a-i pune la dispoziție documentele personale, la cerere.

La externarea din spital sau la transferul bolnavului în alt spital, acesta primește următoarele documente medicale: biletul de ieșire din spital, scrisoarea medicală, iar în cazul transferului la alt spital și o copie a foii de observație clinică[20].

Obligativitatea asigurării asistenței medicale

Medicul are obligația de a acorda asistență medicală persoanelor pe care le-a acceptat în prealabil ca pacienți, fără a discrimina pe criterii etnice, religioase, orientare sexuală etc.

19 Legea 46/2003, art. 9, 22, 23, 25
20 Legea 46/2003, art. 12

Criterii pentru acceptarea unei persoane ca pacient
– Metoda de prevenţie, diagnostic sau tratament face parte din specialitatea medicului;
– Persoana în cauză face o solicitare scrisă către medic, cu excepţia situaţiilor de urgenţă şi a pacienţilor fără discernământ;
– Prin acordarea asistenţei medicale nu există riscul de a se agrava starea de sănătate a persoanei[21].

Medicul are obligaţia de a accepta o persoană ca pacient în situaţii de urgenţă, când lipsa asistenţei medicale pune în pericol în mod grav și ireversibil viaţa și sănătatea persoanei[22].

Întreruperea relaţiei medic-pacient
– Odată cu vindecarea bolii;
– De către pacient;
– De către medic, atunci când:
- pacientul este trimis altui medic cu competenţe profesionale superioare,
- pacientul manifestă o atitudine ostilă și/sau ireverenţioasă faţă de medic[23]

În acordarea asistenţei medicale, medicii au obligaţia de a respecta standardele terapeutice prevăzute de ghidurile de practică sau, în lipsa acestora, standardele recunoscute de comunitatea medicală a specialităţii din care fac parte[24].

21 Ordin 482/2007, art. 10
22 Legea 95/2006, art. 663
23 Legea 95/2006, art. 664
24 Legea 95/2006, art. 666.

Părinţii fetiţei A.B., născută la Spitalul X., au reclamat în Instanţă pe o asistentă medicală și pe medicul neonatolog de la Spitalul X., solicitând plata de daune materiale și morale pentru prejudiciul suferit de fiica lor ca urmare a neglijenţei pârâtelor în efectuarea actului medical.

Reclamanţii arată că fiica lor nu a avut probleme la naștere sau postnatal. În a treia zi după naștere, asistenta medicală reclamată a administrat copilului o injecţie cu fenobarbital 0,2 ml im. Ulterior, la locul injectării au apărut echimoză și tumefacţie, iar evoluţia a fost nefavorabilă, impunând amputarea coapsei stângi în treimea medie.

În aceste condiţii, părinţii copilului consideră că medicul nu a adoptat conduita medicală corectă în prescrierea tratamentului și în urmărirea ulterioară a cazului. De asemenea, ei apreciază că asistenta medicală a injectat incorect, intraarterial, fenobarbitalul.

Probele ştiinţifice și testimoniale administrate au arătat că medicul neonatolog a stabilit indicaţia terapeutică corect, în concordanţă cu standardele profesionale internaţionale și raportat la starea clinică a copilului care prezenta convulsii. Instanţa a decis că medicul nu este culpabil și nu poate fi considerat neglijent în situaţia în care acţionează în conformitate cu practicile acceptate de către un corp de „doctori respectabili, rezonabili și responsabili". Medicul a avut o atitudine medicală corectă și în urmărirea ulterioară a cazului, observând prompt evoluţia locală nefavorabilă și solicitând consult de chirurgie pediatrică. Instanţa a reţinut, de asemenea, că asistenta medicală a acţionat corect. Ea a efectuat tratamentul cu fenobarbital la indicaţia medicului neonatolog iar din documentele medicale nu reiese că injectarea fenobarbitalului s-a practicat intraarterial.

În baza celor de mai sus, Instanţa a decis că nu au fost dovedite elementele răspunderii civile delictuale și a respins acţiunea[25].

Limitarea la propria specialitate

Medicul este obligat să acţioneze în limitele de competenţă deţinute în specialitatea sa. Excepţia de la această regulă trebuie să fie fundamentată pe respectarea cumulativă a două condiţii:

- bolnavul se află într-o situaţie de urgenţă care-i pune în pericol iminent starea de sănătate și viaţa;
- lipsa unui medic din sfera de competenţă necesară bolnavului[26].

Dreptul la a doua opinie medicală

Orice pacient, indiferent de starea de sănătate, este îndreptăţit să solicite și să obţină o a doua opinie, de la un medic care poate profesa în aceeași unitate medicală cu medicul curant sau în alta[27].

Comisiile de monitorizare și competenţă profesională pentru cazurile de malpraxis[28]

Organizare

Comisiile de monitorizare și competenţă profesională pentru cazurile de malpraxis sunt organizate la nivelul Direcţiilor de Sănătate Publică judeţene și a municipiului București, fiind formate din

25 http://legeaz.net/spete-civil-2/raspundere-civila-delictuala-culpa-medicala- 11163-2013
26 Legea 95/2006, art. 653, al. 4
27 Legea 46/2003, art. 11
28 Legea 95/2006, art. 679- 688; Ordin nr. 1343/6.11.2006 pentru aprobarea Regulamentului de organizare și funcţionare a comisiei de monitorizare și competenţă profesională pentru cazurile de malpraxis

reprezentanţi ai: Direcţiei de Sănătate Publică Judeţene, Casei Judeţene de Asigurări de Sănătate, Colegiului Judeţean al Medicilor, Colegiului Judeţean al Medicilor Dentiști, Colegiului Judeţean al Farmaciștilor, OAMMR și un expert medico-legal. Membrii comisiei sunt numiţi de conducerile instituţiilor pe care le reprezintă, iar comisia are ca președinte directorul adjunct al Direcţiei de Sănătate Publică.

Comisiile de monitorizare și competenţă profesională pentru cazurile de malpraxis au la dispoziţie o listă naţională de experţi medicali[29] din fiecare specialitate, propusă de Colegiul Medicilor din România și aprobată de Ministerul Sănătăţii.

Procedura de analizare a sesizărilor

Comisia de monitorizare și competenţă profesională pentru cazurile de malpraxis poate fi sesizată de persoana care se consideră victima unui act de malpraxis medical, de reprezentantul său legal sau de succesorii unei persoane decedate ca urmare a unui act de malpraxis imputabil unei activităţi de prevenţie, diagnostic sau tratament.

În urma primirii sesizării, Comisia desemnează prin tragere la sorţi un expert/un grup de experţi care pot analiza cazul. Experţii au obligaţia de a întocmi un raport pe care îl înaintează Comisiei în termen de 30 de zile. Aceasta din urmă va stabili, în maxim trei luni de la primirea sesizării, dacă fapta sesizată este sau nu un act de malpraxis, iar decizia va fi comunicată părţilor, inclusiv asiguratorului, în termen de 5 zile calendaristice. În cazul în care părţile sau asiguratorul nu sunt de acord cu decizia Comisiei, o pot contesta la instanţa de judecată competentă[30], în termen de 15 zile de la data comunicării deciziei.

29 Experţii numiţi trebuie să aibă cel puţin 8 ani de vechime în specialitate. Onorariile experţilor sunt variabile și se stabilesc în funcţie de complexitatea cazului, fiind achitate de partea interesată.

30 Judecătoria în a cărei circumscripţie teritorială a avut loc actul de malpraxis reclamat (legea 95/2006, art. 687)

Procedura stabilirii cazurilor de malpraxis nu împiedică liberul acces la justiţie potrivit dreptului comun[31].

Actele de malpraxis în cadrul activităţii medicale de prevenţie, diagnostic şi tratament se prescriu în termen de 3 ani de la producerea prejudiciului, cu excepţia faptelor ce reprezintă infracţiuni[32].

Răspunderea civilă a unităţilor medicale

Unităţile medicale publice sau private pot răspunde civil pentru prejudicii cauzate în furnizarea actului medical, care se datorează:

- infecţiilor nosocomiale;
- defectelor cunoscute ale dispozitivelor şi aparaturii medicale folosite în mod abuziv, fără a fi reparate;
- folosirii materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, substanţelor medicamentoase şi sanitare, după expirarea perioadei de garanţie sau a termenului de valabilitate a acestora;
- acceptării de echipamente şi dispozitive medicale, materiale sanitare, substanţe medicamentoase şi sanitare de la furnizori fără asigurare;
- subcontractarea de servicii medicale sau nemedicale de la furnizori fără asigurare de răspundere civilă în domeniul medical“[33];
- nerespectării reglementărilor interne ale unităţilor medicale[34];

31 Legea 95/2006, art. 684, al 2
32 Legea 95/2006, art. 688
33 Legea 95/2006, art. 655 al 1.
34 Legea 95/2006, art. 656, al 1..

- viciilor ascunse ale echipamentelor și dispozitivelor medicale, substanţelor medicamentoase și materialelor sanitare, în perioada de garanţie/valabilitate[35].

Totodată, conform legii 95/2006, unităţile medicale răspund în solidar cu personalul medical angajat pentru prejudiciile cauzate pacienţilor de către acesta[36].

Asigurarea de răspundere civilă profesională

Asigurarea de răspundere civilă profesională este o asigurare de răspundere civilă delictuală[37], reglementată de legea 95/2006, fiind obligatorie pentru personalul medical care acordă asistenţă medicală în sistem public și/sau privat.

> Omisiunea încheierii asigurării de răspundere civilă medicală de către persoane fizice sau juridice sau încheierea sa sub limita legală constituie abatere disciplinară, fiind sancţionată cu suspendarea dreptului de liberă practică/ suspendarea autorizaţiei de funcţionare[38].

Contractul de asigurare se încheie între *contractantul* asigurării, care se obligă la plata primei de asigurare și *asigurator*[39], care se obligă la plata despăgubirilor pentru prejudiciul cauzat prin efectuarea unui

35 Legea 95/2006, art. 657.
36 Codul Civil, art. 1373- „Răspunderea comitenţilor pentru prepuși"; Legea 95/2006, art. 656, al 2.
37 Conform prevederilor Codului Civil, Art. 1357 al 1, care arată că „Cel care cauzează altuia un prejudiciu printr-o faptă ilicită, săvârșită cu intenţie sau din culpă, este obligat să îl repare".
38 Legea nr. 95/2006, art. 689
39 Asigurările de răspundere civilă profesională medicală pot fi încheiate numai cu societăţi de asigurări autorizate de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor – Ordin nr. 346/2006, art. 4

act de malpraxis medical și a cheltuielilor de judecată ale asiguratului în procesul civil[40].

Cadrele medicale pot încheia asigurări de răspundere civilă profesională cu mai mulți asiguratori (*co-asigurare*), având obligația de a înștiința asiguratorul despre existența altor asigurări de același tip în vigoare. În cazul co-asigurării, despăgubirile se plătesc de către toți asiguratorii, proporțional cu suma asigurată de fiecare[41].

Nivelul primelor depinde de suma asigurată care, la rândul ei, reprezintă suma maximă ce va fi plătită de asigurator în cazul producerii unui prejudiciu ca rezultat al unui act medical necorespunzător. Limitele de asigurare stabilite de CNAS sunt sumele minime obligatorii a fi asigurate, persoana asigurată putând stabili o sumă mai mare, funcție de riscurile specialității pe care o practică.

Limitele de asigurare pentru medici – stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) și avizate de Ministerul Sănătății:
Medici de familie și medici de medicină generală: echivalentul în lei al sumei de 12.000 euro;
Medici specialiști – specialități medicale: echivalentul în lei al sumei de 37.000 euro;
Medici specialiști – specialități chirurgicale: echivalentul în lei al sumei de 62.000 euro;
Medici dentiști: echivalentul în lei al sumei de 37.000 euro[42].

40 Codul Civil art. 2223 al 1, Legea 95/2006 art. 668
41 Legea 95/2006 art. 671
42 Ordinul nr. 346/2006 al Casei Naționale a Asigurărilor de Sănătate pentru aprobarea limitelor de asigurare pentru furnizorii care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, modificat prin Ordinul nr. 436 din 31 martie 2009 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și prin Ordinul nr. 589 din 5 iulie 2011 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Despăgubirile

Asigurarea de răspundere civilă profesională medicală este destinată acoperirii prejudiciilor suferite de către pacienți și nu pentru acoperirea prejudiciilor suferite de personalul medical în cursul exercitării profesiei medicale.

Despăgubirile reprezintă sumele pe care asiguratul este obligat să le plătească pentru prejudiciul produs și cheltuieli de judecată, persoanei lezate prin asistența medicală neadecvată, indiferent de domiciliul său (în România sau străinătate), exceptând cetățenii din Statele Unite ale Americii, Canada și Australia[43], indiferent că acesta plătește sau nu contribuția la sistemul public de sănătate[44]. În cazul în care pacientul a decedat, despăgubirile pot fi plătite succesorilor care le solicită[45].

Despăgubirile se acordă atât pentru prejudicii prin acordarea neadecvată a asistenței medicale, cât și pentru prejudicii prin neacordarea acesteia, deși starea persoanei prejudiciate o impunea[46].

Despăgubirea nu se recuperează de la persoana răspunzătoare de producerea prejudiciului când aceasta a acordat asistența medicală în interesul persoanei prejudiciate sau în situații de urgență, fără a avea posibilitatea de a cunoaște datele anamnestice sau de a efectua investigații complete, iar persoana prejudiciată nu a putut coopera atunci când i s-a acordat asistența medicală datorită circumstanțelor în care se afla[47].

În schimb, despăgubirile vor fi recuperate de la persoana responsabilă de producerea prejudiciului atunci când:

- prejudiciul s-a produs prin încălcarea intenționată a standardelor de asistență medicală în vigoare,

43 Legea 95/2006, art. 670
44 Legea 95/2006, art. 675
45 Legea 95/2006, art. 669 al 2
46 Legea 95/2006, art. 669 al 3
47 Legea 95/2006, art. 677 al 1

- prejudiciul se datorează viciilor ascunse ale echipamentelor/ instrumentelor medicale sau unor efecte adverse necunoscute ale medicamentelor administrate,
- prejudiciul survine datorită acţiunii persoanei responsabile şi deficienţelor administrative ale unităţii în care a fost acordată asistenţa medicală,
- acordarea asistenţei medicale fără consimţământul informat al pacientului prejudiciat, exceptând situaţiile de urgenţă[48].

Condiţiile de asigurare, nivelul primelor şi termenele de plată se pot negocia cu asiguratorii[49].
Condiţiile de asigurare stabilesc modul în care funcţionează asigurarea.
Atenţie la clauzele de excludere[50]!

Daune

Daunele suferite și reclamate de pacient pot fi materiale sau morale.

Daunele *materiale* pot fi cuantificate, reprezentând contravaloarea medicamentelor, costul spitalizării etc. Daunele *morale* (ne-patrimoniale, ne-pecuniare)[51] constituie prejudicii ne-economice, rezultate din lezarea drepturilor nepatrimoniale ale pacientului. Sunt incluse în această categorie: suferinţa psihică, durerea fizică, prelun-

48 Legea 95/2006, art. 677 al 1
49 Legea 95/2006, art. 672
50 Clauzele de excludere prevăzute în polițele de asigurare reprezintă situațiile în care societatea de asigurări nu plătește despăgubirile, chiar dacă evenimentul asigurat s-a produs.
51 Art. 1391 Cod Civil – Repararea prejudiciului nepatrimonial

girea stării de boală, suferinţa psihică a familiei cauzată de decesul unui pacient etc.

Daunele morale nu pot fi obiectivate, iar stabilirea cuantumului lor este aleatorie la acest moment în ţara noastră, de regulă reprezentând sume mult mai mari decât cele aferente daunelor materiale. Din acest motiv, este esenţial ca asigurarea de răspundere civilă medicală să acopere și daunele morale, chiar dacă aceasta înseamnă plata unor prime de asigurare mai mari.

Asigurarea se încheie pentru specialitatea din care face parte medicul și pentru minim valoarea prevăzută de lege.
Este importantă citirea cu atenţie a condiţiilor generale și speciale de asigurare.
Este importantă includerea daunelor morale în daunele acoperite de asigurare.

13.3. Răspunderea penală

Răspunderea penală apare ca urmare a încălcării unei relaţii sociale ocrotite de lege, cum sunt dreptul la viaţă sau dreptul la sănătate. Sancţiunile care pot fi aplicate sunt de gravitate variabilă, până la pedeapsă privativă de libertate sau pierderea dreptului de a profesa.

Temeiul răspunderii penale este infracţiunea[52], definită ca „fapta prevăzută de legea penală, săvârșită cu vinovăţie, nejustificată și imputabilă persoanei care a săvârșit-o“[53].

În continuare vom detalia și exemplifica infracţiunile de vătămare corporală din culpă și ucidere din culpă, cu menţiunea că

52 Codul Penal, art. 15, alin. 2
53 Codul Penal, art. 15, alin. 1

infracţiunile care pot fi comise de medici în exercitarea profesiei nu se limitează la acestea[54].

Vătămarea corporală din culpă

Această infracţiune este incriminată de articolul 196 Cod Penal şi presupune comiterea faptei din greşeală, fără intenţie.

Conform articolului 196, aliniatul 1 Cod Penal, lovirea sau orice acte de violenţă cauzatoare de suferinţe fizice sau orice faptă prin care se produc leziuni traumatice sau este afectată sănătatea unei persoane pentru a căror vindecare sunt necesare maximum 90 zile îngrijiri medicale, săvârşită din culpă de către o persoană aflată sub influenţa băuturilor alcoolice ori a unei substanţe psihoactive sau în desfăşurarea unei activităţi ce constituie prin ea însăşi infracţiune se pedepseşte cu închisoare de la 3 luni la un an sau cu amendă.

Aliniatul 2 al acestui articol arată că lovirea sau alte acte de violenţă ce determină suferinţe fizice, sau orice faptă prin care se produc leziuni traumatice sau, este afectată sănătatea unei persoane care a cauzat vreuna dintre următoarele consecinţe: o infirmitate, traumatisme care au necesitat peste 90 de zile de îngrijiri medicale, un prejudiciu estetic permanent, avort, punerea în primejdie a vieţii persoanei, prin culpă, se pedepseşte cu închisoare de la 6 luni la 2 ani sau cu amendă.

Atunci când fapta prevăzută în alin. 2 a fost săvârşită ca urmare a nerespectării dispoziţiilor legale sau a măsurilor de prevedere pentru exerciţiul unei profesii sau meserii ori pentru efectuarea unei anumite activităţi, pedeapsa este închisoarea de la 6 luni la 3 ani sau amendă.

Acţiunea penală se pune în mişcare la plângerea prealabilă a victimei.

54 Alte infracţiuni care pot fi comise de medici în exercitarea profesiei sunt: abuzul în serviciu – Cod Penal, art. 297, neglijenţa în serviciu – Cod Penal, art. 298, luarea de mită – Cod Penal, art. 289, falsul intelectual – Cod Penal, art. 321, uzul de fals – Cod Penal, art. 323.

Un medic chirurg urolog a operat pacientul X. pentru diagnosticul de ectopie testiculară. În timpul intervenţiei chirurgicale, medicul a confundat suprafaţa testiculului cu cea a corpilor cavernoși ai penisului, ceea ce a dus la secţionarea penisului, leziune asimilată unei vătămări grave, care a pus în primejdie viaţa pacientului și i-a produs o infirmitate fizică permanentă.

În acest caz Instanţa a considerat că medicul a abordat superficial cazul și în condiţiile unui discernământ păstrat în momentul primei incizii, a confundat suprafaţa testiculului cu cea a corpilor cavernoși ai penisului, iar ulterior, in condiţiile unui discernământ diminuat, a realizat celelalte incizii[55].

Instanţa l-a condamnat pe inculpat la 1 an închisoare pentru infracţiunea de vătămare corporală din culpă, cu suspendarea condiţionată a executării pedepsei închisorii pe o durată de 3 ani și a aplicat faţă de acesta măsura de siguranţă a interzicerii exercitării profesiei de medic primar chirurg-urolog.

De asemenea, Instanţa a decis obligarea inculpatului la plata de daune materiale și morale către partea civilă X.[56].

Dr. P.S.L., a fost trimis in judecată pentru săvârșirea infracţiunilor de vătămare corporală din culpă faţă de părţile vătămate B.L.F. și B.I.G.M.

Dr. P.S.L., medic primar obstetrică-ginecologie la Spitalul Judeţean de Urgenţă P., a asistat-o la naștere pe partea vătămată B.L.F. și, datorită superficialităţii în abordarea cazului, a produs atât părţii vătămate B.L.F. cât și copilului

55 http://www.9am.ro/stiri-revista-presei/Actualitate/51904/Penisul-taiat-de-Ciomu-a-costat-125-000-euro.html

56 http://portal.just.ro/302/SitePages/Dosar.aspx?id_dosar= 30200000000014036&id_inst=302

născut de aceasta, B.I.G.M, leziuni ce au necesitat 16 – 18 zile de îngrijiri medicale pentru B.L.F. și respectiv circa 6 luni de îngrijiri medicale pentru B.I.G.M. În plus, partea vătămată B.I.G.M., decedată la doi ani de la naștere a căpătat, în urma nașterii o infirmitate permanentă fizică și psihică.

B.L.F. a fost monitorizată medical pe tot parcursul sarcinii de dr. P.S.L. În ultimele luni de sarcină, în urma efectuării unui examen ecografic de către un alt medic, gravidei i s-a recomandat nașterea prin operație cezariană, dat fiind riscul unei distocii mecanice ca urmare a disproporției între dimensiunile mari ale fătului și constituția fizică precară a mamei. Cu toate acestea, dr. P.S.L. a decis nașterea pe cale naturală, în ciuda recomandărilor și a opțiunii exprimată de gravidă și de soțul acesteia. După încercări nereușite de expulzie a fătului, datorită blocării craniului fetal în mica strâmtoare a bazinului mamei și ritmului cardiac anormal al fătului, dr. P.S.L. decide extragerea fătului prin operație cezariană. Operația cezariană a decurs normal. Nou- născutul a fost preluat de medicul neonatolog care datorită stării extrem de grave a nou-născutului a inițiat și continuat manevre de resuscitare timp de circa 15 minute, acordând scor APGAR 2 la un minut de la naștere, 3 la 5 minute și 4 la 10 minute. Dată fiind starea neurologică extrem de gravă a copilului, acesta a fost transferat la o clinică din București, pentru investigații și asistență medicală de specialitate, cu diagnosticul: „asfixie perinatală, sindrom postasfixie (miocardopatie hipoxică, hipoxie intestinală), encefalopatie hipoxic ischemică, normoponderal". La internare copilul se afla în stare generală gravă, prezentând cefalhematom în vertex, plagă a scalpului, necroză ureche dreaptă, convulsii clonice fără mișcări active, reflexe absente, poziție de decerebrare". După externare, partea

vătămată B.L.F. a fost consultată la o altă unitate medicală, ocazie cu care s-au constatat două rupturi comisurale de col uterin sângerânde, care au fost suturate, evoluţia postoperatorie fiind favorabilă. La doi ani de la naștere, copilul a decedat din cauza unei bronhopneumonii. Părinţii au refuzat efectuarea autopsiei, motiv pentru care nu s-a putut stabili cu certitudine dacă există o legătură cauzală între afecţiunile dobândite de minoră la naștere și afecţiunea ce i-a provocat decesul. Expertizele medico-legale efectuate în acest caz au concluzionat că leziunile suferite de partea vătămată B.L.F. au necesitat 16-18 zile de îngrijiri medicale pentru vindecare, iar leziunile suferite de partea vătămată B.I.G.M au necesitat circa 6 luni de îngrijiri medicale și tratament recuperator, acestea constituind totodată infirmitate permanentă fizică și psihică.

Coroborând probele ştiinţifice cu cele testimoniale, Instanţa constată că faptele dr. P.S.L. întrunesc elementele constitutive ale infracţiunii de vătămare corporală din culpă. Acesta a fost condamnat la pedeapsă de 1 an și 8 luni închisoare, cu suspendare sub supraveghere și interzicerea dreptului de a exercita profesia de medic primar în specialitatea obstetrică-ginecologie. De asemenea, dr. P.S.L. în solidar cu partea responsabilă civilmente Spitalul Judeţean de Urgenţă P., a fost obligat să-i achite părţii vătămate B.L.F. suma de 500.000 Euro, cu titlu de despăgubiri morale[57].

Uciderea din culpă

Uciderea din culpă este infracţiunea prevăzută de articolul 192 Cod Penal, care se pedepsește cu închisoarea de la 1 la 5 ani[58].

57 http://portal.just.ro/280/Lists/Jurisprudenta/DispForm.aspx?ID=98
58 Cod Penal, art. 192, alin. 1

Când infracţiunea este comisă ca urmare a „nerespectării dispoziţiilor legale ori a măsurilor de prevedere pentru exerciţiul unei profesii sau meserii ori pentru efectuarea unei anumite activităţi“, se pedepsește cu închisoare de la 2 la 7 ani[59]. Pedeapsa se majorează cu jumătate atunci când prin fapta săvârșită este cauzat decesul a două sau mai multe persoane[60].

Dr. AP este trimis în judecată pentru săvârșirea infracţiunii de ucidere din culpă.

Din rechizitoriul întocmit în acest caz, rezultă că medicul RE din cadrul Dispensarului Medical, a vaccinat pe minorul GA cu vaccinul antipoliomielitic și difterotetanos. Vaccinarea s-a efectuat conform normelor medicale și a decurs fără probleme.

A doua zi după vaccinare minorul a prezentat stare febrilă, scaune diareice, stare generală alterată, motive pentru care a fost transportat de urgenţă la Spital și internat în secţia Pediatrie, sub observaţia directă a dr. AP, medic primar pediatru. Diagnosticul la internare a fost „Reacţie postvaccinală. Trisomia 21“. Dr. AP decide administrarea de algocalmin și fenobarbital. În ciuda menţinerii stării febrile cu temperatura în jur de 39 grade Celsius, medicul decide doar efectuarea de împachetări pentru a scădea temperatura minorului, fără a prescrie tratament cu antibiotic deși cunoștea că pacientul GA este diagnosticat cu trisomia 21, maladie care afectează sistemul imunitar al persoanei bolnave. Pe acest fond, la trei zile de la internare minorul decedează, diagnosticul de deces consemnat în foaia de observaţie fiind: „Reacţie postvaccinală. Trisomia 21. Deces“.

În cauză s-a dispus efectuarea autopsiei minorului GA, în raportul de autopsie concluzionându-se că moartea minorului

59 Cod Penal, art. 192, alin. 2
60 Cod Penal, art. 192, alin. 3

GA s-a datorat insuficienţei acute cardio-respiratorii, consecutivă unei pneumonii acute interstiţiale survenită la un copil cu reacţie postvaccinală acută și boală congenitală. În raportul de autopsie se arată, de asemenea, că minorului nu i-au fost efectuate investigaţii paraclinice care să permită precizarea unui diagnostic corect și complet și instituirea unui tratament corespunzător. Tratamentul administrat copilului și consemnat în foaia de observaţie clinică a fost incomplet, lipsind antibioticele, care ar fi putut aduce efecte terapeutice benefice și ar fi putut preveni decesul copilului. Din cauza neefectuării investigaţiilor de laborator, a unui tratament medicamentos corespunzător și prin netrimiterea copilului la un spital superior, într-o secţie de specialitate de boli infecto-contagioase, acesta a fost lipsit de șansa supravieţuirii.

Instanţa de judecată a decis că fapta săvârșită de inculpat – dr. AP întrunește elementele constitutive ale infracţiunii de ucidere din culpă și l-a condamnat pe acesta la 6 luni închisoare cu suspendare. De asemenea, inculpatul AP a fost obligat la plata în solidar cu Spitalul D. și Societatea de Asigurare – Reasigurare X., la plata a 20.000 lei daune morale faţă de partea civilă GF[61].

13.4. Răspunderea disciplinară

Cadru legal

Răspunderea disciplinară a tuturor angajaţilor, indiferent de profesia lor, este reglementată de Codul Muncii[62].

61 http://portal.just.ro/223/Lists/Jurisprudenta/DispForm.aspx?ID=23

62 Abaterea disciplinară reprezintă „fapta în legătură cu munca și care constă într-o acţiune sau inacţiune săvârșită cu vinovăţie de către salariat, prin care acesta a încălcat normele legale,

Conform prevederilor Codului Muncii, angajatorul poate aplica angajaţilor care săvârșesc abateri disciplinare următoarele sancţiuni:

- avertisment scris,
- suspendarea contractului individual de muncă pe o perioadă de până la 10 zile,
- retrogradarea din funcţie cu acordarea salariului corespunzător funcţiei la care s-a făcut retrogradarea, pe o durată de maxim 60 de zile,
- reducerea salariului de bază pe o durată de 1-3 luni, cu 5-10%,
- reducerea salariului de bază și/sau a indemnizaţiei de conducere, pe o durată de 1-3 luni, cu 5-10%,
- desfacerea disciplinară a contractului individual de muncă[63].

Medicii pot răspunde disciplinar, totodată, pentru încălcarea obligaţiilor ce izvorăsc din prevederile legilor și regulamentelor profesiei medicale, Codului de Deontologie Medicală, regulilor de bună practică profesională, statutului și deciziilor Colegiului Medicilor din România[64].

> Răspunderea disciplinară poate exista și atunci când nu s-a produs un prejudiciu material cert pacientului[65]

---

regulamentul intern, contractul individual de muncă sau contractul colectiv de muncă aplicabil, ordinele și dispoziţiile legale ale conducătorilor ierarhici“ (Codul Muncii, art. 247, al 2)

63 Codul Muncii, art. 248.

64 Legea 95/2006, art. 450 al 1, Statutul Colegiului Medicilor din România, art. 94.

65 De exemplu, conform Statutul Colegiului Medicilor din România, art. 14-15, nerespectarea de către medic a obligaţiei de a participa la educaţia medicală continuă este considerată abatere disciplinară și este sancţionată cu suspendarea dreptului de liberă practică până la realizarea numărului de credite obligatoriu.

Procedura cercetării disciplinare

Analizarea și soluționarea abaterilor disciplinare ale medicilor sunt realizate de comisiile de disciplină[66] ale Colegiului Medicilor, care funcţionează la nivelul fiecărui colegiu judeţean și la Colegiul Medicilor din România[67].

Comisiile de disciplină teritoriale judecă în complete de 3 membri reclamaţiile privind abateri disciplinare comise de către medici înscriși pe lista colegiului în care funcţionează. Comisia Superioară de Disciplină judecă în complete de 5 membri contestaţiile formulate faţă de deciziile comisiilor de disciplină judeţene sau plângerile privind abateri disciplinare comise de medici din conducerea colegiilor judeţene[68].

Membrii[69] comisiilor de disciplină teritoriale sunt aleși[70] prin vot secret de către adunarea generală a fiecărui colegiu judeţean, iar membrii Comisiei Superioare de Disciplină sunt aleși de către Adunarea Generală naţională. Mandatul membrilor comisiilor de disciplină este de șase ani. În afara membrilor aleși, în comisiile de disciplină teritoriale participă și câte un reprezentant al DSP, iar în Comisia Superioară de Disciplină un reprezentant al Ministerului Sănătăţii. Calitatea de membru al comisiei de disciplină încetează prin: demisie, deces, pierderea calităţii de membru al Colegiului Medicilor din România, prin numirea unui alt reprezentant de către Direcţia de Sănătate Judeţeană ori de către Ministerul Sănătăţii sau

66 Conform Statutului Colegiului Medicilor din România, art. 97, comisiile de disciplină își desfășoară activitatea independent față de conducerea Colegiului Medicilor

67 La nivelul Colegiului Medicilor din România funcţionează Comisia Superioară de Disciplină

68 Legea 95/2006, art 452 al 1, 2; Statutul Colegiului Medicilor din România, art. 97

69 Funcția de membru al comisiei de disciplină este incompatibilă cu orice altă funcție în cadrul Colegiului Medicilor – Statutul Colegiului Medicilor din România, art. 98

70 Conform legii 95/2006, art. 454 al. 2, pentru comisiile de disciplină teritoriale sunt aleși 9 membri, iar pentru comisia superioară de disciplină sunt aleși 13 membri.

prin transfer în alt judeţ – în cazul membrilor comisiilor de disciplină teritoriale[71].

Plângerea împotriva unui medic se depune la colegiul judeţean al cărui membru este acesta[72], în termen de cel mult 6 luni de la data săvârşirii faptei sau de la data luării la cunoştinţă a consecinţelor prejudiciabile ale acesteia[73]. Biroul Consiliului Colegiului Medicilor, la rândul său, poate dispune motivat declanşarea unei anchete disciplinare din oficiu[74], fiind posibilă de asemenea declanşarea unei anchete disciplinare la sesizarea unui medic care ia cunoştinţă de comiterea unei abateri disciplinare de către un confrate[75].

În baza deciziei Biroului Consiliului de declanşare a cercetării disciplinare, plângerea este înaintată comisiei de jurisdicţie care anchetează cazul, întocmeşte dosarul de anchetă disciplinară şi susţine acţiunea disciplinară în faţa comisiei de disciplină[76]. Comisia de jurisdicţie întocmeşte un referat în care expune faptele, rezultatele analizării cazului şi propunerea de sancţionare sau de stingere a acţiunii disciplinare, iar dosarul este înaintat comisiei de disciplină[77].

Comisia de disciplină analizează dosarul, eventual administrează probe proprii, iar la final ia decizia de sancţionare sau nesancţionare a medicului intimat.

71 Statutul Colegiului Medicilor din România, art. 98

72 Excepţie fac plângerile îndreptate împotriva medicilor care deţin funcţii de conducere în colegiul medicilor la nivel teritorial sau naţional, acestea fiind depuse direct la Colegiul Medicilor din România- Legea 95/2005, art 451 al 4.

73 Legea 95/2006 art. 457; Statutul Colegiului Medicilor din România, art. 102 al 1

74 Statutul Colegiului Medicilor din România, art. 107 al 1

75 Codul de Deontologie Medicală, art. 37

76 Statutul Colegiului Medicilor din România, art. 62

77 Statutul Colegiului Medicilor din România art. 109

Sancţiuni disciplinare[78]:
– mustrare,
– avertisment,
– vot de blam,
– amendă de la 100 lei la 1.500 lei,
– interdicţia de a exercita profesia ori anumite activităţi medicale pe o perioadă de la o lună la un an,
– retragerea calităţii de membru al Colegiului Medicilor din România[79].

La aceste sancţiuni se poate adăuga obligarea medicului la efectuarea unei forme de pregătire profesională – de exemplu, cursuri de perfecţionare sau de educaţie medicală continuă[80].

Decizia adoptată este transmisă medicului intimat, persoanei care a formulat plângerea și Biroului Executiv al colegiului medicilor[81]. Deciziile de suspendare sau interdicţie a executării profesiei necontestate se comunică și Ministerului Sănătăţii și angajatorului[82].

Decizia pronunţată de către comisia de disciplină teritorială/judeţeană poate fi contestată în scris, în maxim 15 zile de la comunicare, de către medicul sancţionat, persoana care a făcut plângerea, Ministerul Sănătăţii, președintele colegiului teritorial sau președintele Colegiului Medicilor din România[83].

Colegiul medicilor judeţean trimite contestaţia, împreună cu dosarul cauzei, în termen de maxim 3 zile, Colegiului Medicilor din

78 Legea 95/2006 art. 455, Statutul Colegiului Medicilor din România art. 100
79 Legea 95/2006 art. 457 al 2; Statutul Colegiului Medicilor din România art. 102
80 Legea 95/2006 art. 457 al 4; Statutul Colegiului Medicilor din România art 102 al 4
81 Statutul Colegiului Medicilor din România art 112
82 Legea 95/2006 art. 456 al 2; Statutul Colegiului Medicilor din România art. 113
83 Statutul Colegiului Medicilor din România art. 113

România, unde este aplicată aceeași procedură de cercetare a faptei reclamate.

Comisia Superioară de Disciplină poate lua una dintre următoarele decizii:
– anularea unei decizii nelegal pronunţată de comisia de disciplină teritorială și dispunerea refacerii procedurii disciplinare la nivel teritorial, cu respectarea prevederilor legale;
– respingerea contestaţiei[84] și menţinerea deciziei pronunţate de comisia de disciplină teritorială;
– admiterea contestaţiei în tot sau în parte, implicit anularea în tot sau în parte, a deciziei pronunţată de comisia teritorială și pronunţarea pe fond asupra obiectului plângerii.

Decizia Comisiei Superioare de Disciplină poate fi contestată de medicul sancţionat printr-o acţiune în anulare la secţia de contencios administrativ a tribunalului în a cărui rază își desfășoară activitatea, în termen de 15 zile de la comunicare[85].

Principiile care stau la baza cercetării disciplinare efectuată la nivelul Colegiului Medicilor sunt: celeritatea[86], prezumţia de nevinovăţie[87], imparţialitatea[88] și contradictorialitatea scrisă[89].

84 Conform art. 115 al Statutului Colegiului Medicilor din România, contestaţia poate fi respinsă dacă ancheta disciplinară nu susţine aspectele descrise în contestaţie, sau dacă aceasta a fost formulată nelegal, atunci când contestatarul nu a motivat contestaţia și nici nu a dat curs solicitării de motivare a acesteia.
85 Legea 95/2006 art. 459; Statutul Colegiului Medicilor din România, art. 104.
86 Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor din România, art. 54.
87 Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor din România, art. 55, 59.
88 Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor din România, art. 56).
89 Codul de Deontologie Medicală, art. 57.

Redăm în continuare unele cazuri analizate și soluționate de Comisia Superioară de Disciplină a Colegiului Medicilor din România[90].

Pacient în vârstă de 40 ani este internat în urgență, în secția de urologie pentru febră, frisoane și colică renală stângă. Clinic și paraclinic a fost stabilit diagnosticul: „Litiază renală cu calcul ureteral lombar stâng superior, subjoncțional. Infecție urinară".

În cursul internării, întrucât nu s-a putut efectua urografia intravenoasă, bolnavul fiind alergic la substanța de contrast, medicul curant decide efectuarea unei ureteroscopii retrograde. În cursul manevrei de retragere a ureteroscopului s-a produs dezinserția ureterului de locul de contact al acestuia cu calculul.

Medicul urolog diagnostichează smulgerea ureterului imediat după retragerea ureteroscopului și hotărăște efectuarea unei lombotomii exploratorii. Datorită particularităților anatomice, s-a efectuat – în condiții optime- nefrectomia de necesitate, ca singură soluție terapeutică viabilă, situație care se aduce la cunoștința pacientului în prezența membrilor echipei operatorii.

Pacientul reclamă conduita terapeutică a medicului curant urolog.

Comisia Superioară de Disciplină a apreciat că diagnosticul și indicația terapeutică au fost corecte, iar pacientul a fost corect informat asupra acestor aspecte. De asemenea, opinia de specialitate solicitată în acest caz arată că avulsia ureterală este o complicație cunoscută în cadrul procedurii de ureteroscopie retrogradă, iar atitudinea a fost corectă în acest caz, în care condițiile nu au permis

90 http://www.cmr.ro/raspunderea-disciplinara-a-medicilor-in-romania/

decât o nefrectomie de necesitate. Examenul histopatologic al piesei de exereză și aspectul intraoperator au arătat că *stripping*-ul ureteral a fost un incident nefericit, datorat unor factori inflamatori favorizanţi locali, care au făcut dificilă manipularea intraoperatorie a ureteroscopului.

Cu toate acestea, efectuarea ureteroscopiei retrograde se face cu inserarea prealabilă în calea urinară a unui ghid care sa fie utilizat pentru inserarea unei sonde dublu „J“, în cazul în care apare vreun incident cum ar fi perforaţia ureterului în timpul manevrelor de ureteroscopie, sângerare, sau lipsă de vizibilitate. Introducerea unui ghid permite, de asemenea, dilatarea prealabilă a ureterului și facilitează accesul ureteroscopului.

În consecinţă, Comisia Superioară de Disciplină a decis sancţionarea medicului întrucât acesta nu a depus toate diligenţele pentru evitarea complicaţiilor manevrei terapeutice efectuate.

Pacienta XY, 56 ani, victima unui accident rutier, este transportată de urgenţă la Spitalul Judeţean şi internată la secţia Chirurgie Toracică cu diagnosticul „Fractură stern cu minimă deplasare. Fără indicaţie chirurgicală". În primele 72 de ore de la internare pacienta este echilibrată respirator, cu abdomen dureros la palpare în epigastru, fiind recomandate hidratare şi repaus digestiv.

La 72 de ore de la internare apar vărsături, iar pacienta acuză abdomen dureros. Radiografia abdominală pe gol evidenţiază multiple nivele hidroaerice. Se; practică, cu consimţământul scris al pacientei, laparotomie exploratorie, descoperindu-se o leziune jejunală de circa 3 mm diametru, cu margini devitalizate şi multiple hematoame subseroase pe ansele intestinului subţire, peritonită generalizată. S-au rezecat marginile devitalizate ale plăgii intestinale, urmată de enterorafie, lavaj şi drenaj.

Evoluţia postoperatorie a fost iniţial favorabilă; ulterior devine gravă, impunând multiple intervenţii chirurgicale pentru fistulă digestivă, flegmon de perete abdominal şi perforaţie intestinală. Bolnava este intubată şi ventilată; examenul radiografic toracic evidenţiază pleurezie purulentă stângă care este drenată. Pe fondul evoluţiei nefavorabile, la 15 zile de la internare pacienta decedează cu diagnosticul: „Peritonită generalizată. Ruptură traumatică de jejun. Fractură de stern. Fractură de paletă humerală. Accident rutier. Flegmon de perete abdominal. Fistulă jejunală postoperatorie. Stare toxico-septică".

Soţul pacientei decedate depune plângere la Colegiul Medicilor împotriva medicului primar chirurg şi a medicului specialist chirurgie toracică, acuzând întârzierea intervenţiei chirurgicale.

Din analiza dosarului, Comisia Superioară de Disciplină a constatat că în foaia de observaţie a pacientei nu este notat consultul chirurgical la internare. De asemenea, pacienta nu a beneficiat de examen ecografic abdominal la internare sau ulterior momentului internării și nici de examen CT toraco-abdominal, care ar fi fost indicate la o pacientă politraumatizată cu posibil traumatism abdominal. Peritonita difuză a devenit manifestă clinic tardiv, motiv pentru care sutura intestinală a fost realizată în plin proces peritonitic, ceea ce a influenţat nefavorabil evoluţia ulterioară.

Pe baza acestor aspecte, Comisia Superioară de Disciplină a apreciat că în acest caz a existat întârziere în diagnosticarea leziunii traumatice intestinale, cu implicaţii majore asupra evoluţiei stării clinice a pacientei. Din acest motiv, Comisia Superioară de Disciplină a decis sancţionarea ambilor medici intimaţi: medicul de chirurgie generală pentru că nu a recunoscut gravitatea leziunilor, nu a stabilit diagnosticul în timp util, nu face dovada consultului în foaia de observaţie; medicul specialist chirurgie toracică deoarece nu s-a orientat asupra diagnosticului în timpul cât pacienta a fost internată în secţia de chirurgie toracică și nu a solicitat în timp util consult de chirurgie generală.

Un grup de medici din specialitatea obstetrică-ginecologie a semnalat Colegiului Medicilor faptul că un medic rezident acordă consultaţii de obstetrică-ginecologie, efectuează ecografii ginecologice și folosește o parafă și o carte de vizită în care își arogă calitatea de medic specialist în obstetrică-ginecologie. Urmare a activităţii sale, medicul rezident reclamat a pus în primejdie viaţa a două paciente pe care le-a consultat și diagnosticat ca purtătoare de sarcini în evoluţie, acestea fiind ulterior operate la Maternitatea Judeţeană pentru sarcină extrauterină.

Din analiza dosarului, Comisia Superioară de Disciplină a constatat că acuzele sunt reale; prin faptele comise medicul intimat și-a depășit competența, a comis fals intelectual și a practicat ilegal medicina fără să dețină titlul de medic specialist obstetrică-ginecologie. În consecință, Comisia Superioară de Disciplină a decis sancționarea medicului intimat.

Pacientul AB, în vârstă de 74 ani, este internat în secția Urologie a unui Spital Județean, cu diagnosticul de „Adenom de prostată. Retenție completă de urină. Litiază prostatică".

La 24 de ore de la internare, după efectuarea examenului clinic și a examenelor paraclinice necesare, s-a intervenit chirurgical cu rahianestezie, efectuându-se adenomectomie transvezicală. Evoluția postoperatorie imediată a fost favorabilă. Cu toate acestea, după externarea pacientului, acesta prezintă incontinență urinară, motiv pentru care reclamă conduita terapeutică a medicului urolog care a efectuat intervenția chirurgicală.

Din analiza dosarului și pe baza opiniei de specialitate solicitată, Comisia Superioară de Disciplină apreciază că incontinența urinară este o complicație posibilă și recunoscută după adenomectomie transvezicală, fără a avea legătură cu tehnica operatorie aplicată. Totuși, Comisia a constatat că din dosarul medical al pacientului lipsește consimțământul său scris, ceea ce sugerează că acesta nu a fost informat anterior intervenției chirurgicale cu privire la posibilitatea apariției incontinenței urinare ca o complicație postoperatorie. Prin urmare, Comisia Superioară de Disciplină a decis sancționarea medicului urolog intimat.

Codul de Deontologie Medicală interzice defăimarea colegilor de breaslă. În conformitate cu această prevedere, Comisia Superioară de Disciplină a decis sancționarea unui medic care, în cadrul a două interviuri publicate în presa locală, a făcut afirmații

jignitoare la adresa unui confrate, faptă recunoscută de medicul intimat.

Dr. X., medic chirurg, a primit la domiciliul său o fostă pacientă, sub pretextul acordării de îngrijiri medicale. Ca urmare a unei altercaţii apărute între medic și fosta pacientă, aceasta s-a aruncat de la fereastra apartamentului, ceea ce i-a cauzat un grav traumatism.

Comisia Superioară de Disciplină, în conformitate cu prevederile Codului de Deontologie Medicală, a decis sancţionarea medicului intimat pentru prejudicierea imaginii și prestigiului profesiei medicale.

14. Leadership în sănătate

Florentina-Cristina Pleșa, Monica Ţânţu

„Leadership-ul este arta de a face problemele atât de interesante și soluțiile atât de constructive încât fiecare să vrea să se apuce de treabă.“
— Paul Hawken

14.1. Considerente generale, definirea leadership-ului

Deși noțiunea de lidership își are ecouri încă din vremurile lui Socrate, ea a căpătat tot mai mult contur în ultimii ani. Istoria și prezentul abundă de lideri, persoane care au coagulat mase în jurul lor, au luminat și au contaminat cu energia lor creatoare.

În aceste vremuri în care tehnologia a făcut progrese uimitoare, precum explorarea universului, decodificarea genomului, roboţi cosmici, ceasuri atomice, suntem incapabili să oprim crimele barbare comise cu mijloace rudimentare, ce creează spaimă și revoltă (tocmai s-a produs carnagiul de la Nice, cu camionul ce a intrat în mulţime pe Promenade des Anglais și atacul cu topoare și cuţite din trenul bavarez).

De aceea poate, gândul ne fuge la avocatul indian Mahatma Gandhi, de numele căruia este legată independenţa Indiei și conceptul de „revoltă neviolentă“. Fiu de prim-ministru, absolvent al University College of London, cunoaște segregaţia rasială în cei 21

de ani petrecuţi în Africa de Sud. Revolta care îl cuprinde, îl angajează într-o luptă acerbă, dar pașnică împotriva dominației engleze, printr-un refuz radical al oricărei colaborări cu autoritățile britanice. Rezultatul a fost spectaculos, prin adoptarea unor reforme în favoarea muncitorilor indieni de către guvernul sudafrican. Ulterior se întoarce în India, devine lider al Partidului Congresului și eliberează ţara de sub colonialismul britanic, după o luptă pașnică impresionantă, având susţinerea poporului. O luptă de o viaţă dedicată unei cauze nobile, câștigată din aproape în aproape, bătălie cu bătălie, între numeroase arestări și greve ale foamei.

Dacă Ghandi e un exemplu de lider al drepturilor civile care i-a inspirat pe Martin Luther King și James Lawson în lupta non-violentă, Albert Einstein este un lider științific. Dar lupta lui împotriva războaielor este mai puţin cunoscută. Astfel, el a trimis o scrisoare președintelui Franklin Roosevelt, în care arăta pericolul unui război nuclear asupra omenirii. Ulterior și-a exprimat dezacordul pentru încorporare și implicit pentru pierderea de vieţi omenești în Primul Război Mondial. Și, cum afirma Stephen Hawking, a cărui notorietate este comparabilă cu cea a lui Einstein, în cartea „Scurtă istorie a timpului" „…lipsa de popularitate nu l-a oprit să spună ce gândea… Când a fost publicată o carte intitulată *100 de autori contra lui Einstein,* el a replicat: *Dacă nu aș fi avut dreptate, unul era de ajuns!*".

Dar mai aproape de noi, pământul acestei ţări este saturat de memoria martirilor noștri, care sunt modele excepţionale de lideri pentru cauze nobile precum apărarea neamului, a identităţii naţionale, a valorilor spirituale, a libertăţii de opinie. *„Dacă vrei să cucerești un popor nu trebuie să vii cu armata peste el. Este suficient să-i tai rădăcinile și privirea spre cer"* – Dan Puric.

Referindu-ne la domeniul sănătăţii, un important lider a fost canadianul Marc Lalonde, ministrul care a schimbat paradigma în sănătatea publică. Un raport intitulat „Promovarea sănătăţii și

educaţie pentru sănătate“ al Şcolii Naţionale de Sănătate Publică și Management, sintetizează foarte bine acest aspect: *„Anul 1974 se consideră a fi punctul de referinţă pentru noua sănătate publică și pentru promovarea sănătăţii. Raportul publicat în Canada de către Marc Lalonde, ministrul sănătăţii din acea vreme, a arătat că foarte multe decese din Canada puteau fi prevenite. De fapt, el a redescoperit sănătatea publică, sub forma de „noua sănătate publică“, o abordare care aduce laolaltă schimbări de mediu alături de măsuri preventive individuale și intervenţii terapeutice adecvate, adresate în special vârstnicilor și persoanelor cu handicap“*. Edificatoare în acest sens este o analiză a lui Alan Dever în *„La planification de la sante“*. Astfel, bugetul pentru cheltuielile cu sănătatea al SUA are următoarea repartiţie: 90 % pentru sistemul de îngrijiri, 7,9% pentru biologia umană,1,6% pentru mediu și numai 1,5% pentru stilul de viaţă. Această distribuţie este în total dezacord cu contribuţia potenţială la reducerea mortalităţii: stilul de viaţă contribuie cu 43%, deci ar trebui să primească cel mai mare procent, urmează biologia umana cu 27%, mediul cu 19% și îngrijirile cu 11%. Acest *pattern* paradoxal este specific majorităţii sistemelor de sănătate chiar și la peste 4 decenii după raportul Lalonde, ceea ce confirmă afirmaţia lui Schopenhauer, conform căreia, orice mare adevăr trece prin trei etape: ridiculizare, combatere atroce, violentă și acceptare, ca fiind de la sine înţeles și evident. Este soarta oricărei schimbări de paradigmă, numai că între cele trei etape trec zeci sau sute de ani. Și, de aceea unii specialiști în politici de sănătate sugerează schimbarea denumirii „Ministerului Sănătăţii“ în „Ministerul Bolii“. Parcă mai mult decât în alte domenii, cel medical are nevoie de lideri, care să aşeze lucrurile din sistem într-o normalitate acceptabilă.

În ultima perioadă, în mediile organizaţionale a început să se impună din ce în ce mai frecvent un nou concept, acela de

leadership, care se situează fie la nivel concurenţial, fie în relaţie de complementaritate cu cel de **management.**

Ambii termeni se referă la conducere, însă îmbracă forme diferite. Situaţiile diferite depind atât de gradul de înţelegere și de acceptare ale celor două concepte, cât și de specificul fiecărei organizaţii și de schimbările și de direcţiile evolutive pe care trebuie să le dezvolte.

Dezvoltarea acestui concept s-a bazat pe studii de comportament organizaţional din care s-a constatat că oamenii sunt mai fericiţi și mai mulţumiţi în munca lor, atunci când au lideri care să-i sprijine și cu care au o legătură emoţională la un nivel personal [1, 2, 3].

Deci ideea de lider, recunoscut și respectat de colectivitate, dar și cu notorietate extraorganizaţională care reușește să se impună, este tot mai dezvoltată și în domeniul medical.

Sistemul de sănătate românesc și implicit cariera medicală sunt permanent supuse schimbării. Implementarea unor politici de sănătate coerente care să asigure obţinerea unei stări de sănătate mulţumitoare la nivelul întregii comunităţi precum și stabilitate, motivaţie și performanţă profesională pentru cei angrenaţi în acordarea serviciilor medicale și de îngrijire, nu se poate face deci, decât prin implicarea unor **lideri**.

Aceștia trebuie să posede calităţi manageriale, abilităţi și comportamente de conducător, toate acestea grefate pe solide cunoștinţe profesionale care le asigură o bună cunoaștere a domeniului în care se remarcă drept lideri.

Pentru orice actual sau viitor profesionist din domeniul sănătăţii, există șanse mari de a se poziţiona ca lider, acest lucru mergând de la a organiza și coordona activitatea echipei de îngrijire până la a conduce o secţie/departament medical sau instituţie sanitară.

Conducătorul/liderul trebuie să fie un bun comunicator, să-și cunoască grupul, să acţioneze în interesul acestuia, să-l menţină unit și să-l dezvolte.

Situaţiile ideale ar fi ca un manager care se bazează pe cunoştinţe şi principii de conducere învăţate, să-şi identifice calităţile potenţiale de lider şi să le dezvolte în legătură cu cele manageriale, sau un lider recunoscut într-un domeniu să devină managerul instituţiei respective, consolidându-şi astfel poziţia prin autoritatea ierarhică dobândită.

Dar ce este leadership-ul? Multitudinea domeniilor în care se aplică leadership-ul a generat diferite definiţii ale acestuia, bineînţeles influenţate de experienţa specifică a fiecărui autor care a încercat să caracterizeze acest concept.

„Leadership-ul este abilitatea de a-i influenţa pe alţii“ [4]. Pentru alţi autori, leadership-ul reprezintă arta sau procesul de a influenţa persoanele astfel încât acestea să fie motivate să ducă la îndeplinire scopurile grupului [5].

Din perspectivă comunicaţională, leadership-ul este văzut drept „comunicarea umană care modifică atitudinile și comportamentul altor persoane în direcţia îndeplinirii scopurilor și necesităţilor grupului“ [6].

Grimm J.W descrie liderul cu trăsături precum: încrederea, curajul, simțul etic și capacitatea de a prioritiza [7].

14.2. Funcţiile leadership-ului; rolurile liderului

În mod clar, leadership-ul înseamnă un anumit comportament într-o situaţie dată, comportament care asigură rezolvarea situaţiei, atingerea obiectivelor, rezolvarea conflictelor, dezvoltarea instituţională[8].

Leadership-ul se bazează pe patru ramuri comportamentale [9]:

Suportul/susţinerea – acel comportament care generează conștientizarea și chiar amplificarea importanţei și propriei valori;
Facilitarea interacţiunilor – comportamentul care determină dezvoltarea unor relaţii eficiente, în care partenerii au de câștigat și manifestă apropiere;
Accentuarea scopurilor – comportamentul ce conduce la atingerea scopurilor și realizarea performanţei în grup;
Facilitarea activităţii – comportamentul ce ajută la realizarea scopurilor grupului prin activităţi.

Deși am fi tentaţi să credem că leadership-ul necesită doar trăsături comportamentale înnăscute, analiza de specialitate asupra mediului organizaţional relevă că acest proces poate fi învăţat, având la bază cunoașterea nevoilor membrilor grupului și ale organizaţiei. Dezvoltarea unei bune comunicări (competenţa de comunicare se

dobândește de asemenea prin învățare) și stabilirea unor relații interumane eficiente, reprezintă alte cerințe [11].

Acest fapt este susținut și de cuprinderea leadership-ului ca funcție a managementului [12]:

- Planificarea = stabilirea unui plan unitar, flexibil și precis care să asigure organizației atingerea obiectivelor cu utilizarea optimă a resurselor;
- Organizarea = stabilirea unor relații bazate pe autoritate și asumarea responsabilității;
- Funcția de personal = manageriere a resurselor umane, cu toate activitățile lor aferente: recrutarea și selectarea riguroasa a personalului, prezentarea caracteristicilor postului, distribuirea fiecărui membru al echipei de lucru in locul cel mai potrivit, formarea personalului, consultarea privind performanța, cariera și determinanții plății și a recompenselor;
- Conducerea (leadership) = relațiile interumane stabilite între conducător și subordonați trebuie să favorizeze instituirea unui mediu cât mai propice unei bune comunicări, înțelegeri și mai ales motivației din partea membrilor organizației în ceea ce privește sarcinile lor, precum și așteptările muncii depuse de ei.
- Controlul = urmărirea și evaluarea nivelului de performanță; precizarea standardelor și aprecierea comparativă a rezultatelor cu acestea.

Crevani L. în 2010 definește liderul ca fiind un membru al grupului, având posibilitatea de a influența grupul [13].

Organizațiile de succes dezvoltă inteligența emoțională a liderilor lor prin sporirea conștiinței de sine, auto-gestionare, gradul de conștientizare socială și abilități sociale [14]. Inteligența emoțională a fost definită ca fiind capacitatea de a gestiona efectul emoțiilor asupra relațiilor cu ceilalți [15]. Deși s-au tot făcut cercetări în ceea

ce privește inteligența emoțională, conceptul a rămas încă destul de controversat, nefiind prea multe studii concludente în acest domeniu [16].

Leadership-ul îndeplinește o serie de funcții [10]:

Activează interacțiunea grupului, mai ales când se confruntă cu o situație de criză;
Asigură participarea echitabilă a tuturor membrilor grupului la îndeplinirea obiectivelor;
Asigură satisfacția corespunzătoare membrilor;
Rezolvă conflictele [17].
Construiește grupul și asigură coeziunea;
Încurajează grupul în direcția perfecționării proprii.

Rolurile liderului nu sunt cu mult diferite de cele ale managerului. Această situație susține afirmația anterioară prin care plasăm liderul și managerul în poziții concurențiale sau de complementaritate.

Mintzberg repartizează rolurile manageriale pe trei domenii [18]:

1. Roluri interpersonale:
   - Rol de reprezentare, asigurat de poziția formală.
   - Rol de lider.
   - Rol de legătură – se referă la relațiile stabilite intra- și inter-organizațional.
2. Roluri informaționale:
   - Rol de monitor – managerul monitorizează activitatea subordonaților, preluând date din surse formale și informale, selectându-le pe acelea care sunt utile și relevante pentru întreaga activitate a grupului.
   - Rol de difuzor – face referire la alegerea și difuzarea către ceilalți a informațiilor în funcție de gradul de

confidenţialitate și de importanţa lor pentru grupul ţintă.
- Rol de purtător de cuvânt – oferirea de informaţii în exteriorul organizaţiei.

3. Roluri decizionale:
   - Antreprenor -schimbări în mersul organizaţiei.
   - Factor de soluţionare a conflictelor.
   - Factor de alocare a resurselor.
   - Negociator – repartizarea resurselor în cadrul organizaţiei.

14.3. Stiluri de conducere

Orice organizaţie se caracterizează în mediul său intern de echivoc și incertitudine, cu alte cuvinte este supusă permanent schimbării. Existenţa incertitudinii stimulează învăţarea atât la nivel individual, cât și la nivel organizaţional.

Echivocul determină interpretări multiple și conflictuale despre situaţiile organizaţionale. În aceste condiţii este foarte importantă atitudinea liderului, modul în care acesta alege să-și continue activitatea.

Studiile arată că un lider care își menţine direcţia de acţiune dovedește mai multă eficienţă decât cel care își schimbă frecvent obiectivele și stilul de conducere [19].

Multiplele analize asupra stilurilor de conducere au relevat diverse teorii, fiecare dintre acestea având stiluri caracteristice. Indiferent de teorie, se evidenţiază **trei tipuri mari de leadership:**

1. **Liderul „laissez-faire”** – acest tip de lider nu oferă grupului o direcţie de acţiune sau o alternativă pentru ceea ce și-a propus grupul. Acesta se conduce singur și se dezvoltă

conform propriei inițiative, coeziunea este relativ redusă, iar calitatea activității este mult diminuată.

2. **Liderul democratic sau „participantul”** – de la acest lider, grupul primește direcții de acțiune, însă dezvoltarea și progresul grupului se fac în conformitate cu dorința membrilor acestuia; de asemenea, liderul oferă direcții alternative de acțiune, sprijin și sugestii, însă grupul este cel care ia întotdeauna deciziile.
3. **Liderul autocratic sau „șeful”** – acesta determină politica grupului, ia decizii fără a ține cont de părerea celorlalți membrii. În grup, comunicarea este într-o singură direcție, și de la lider către grup.

Liderul este acela care oferă compensațiile sau pedepsele în funcție de cum apreciază că membrii grupului și-au îndeplinit rolul în desfășurarea acțiunilor.

Numeroase studii au arătat că membrii unui grup care au un nivel profesional ridicat, în special cei din sistemul de sănătate, nu reacționează pozitiv la un stil de conducere autoritar [2, 18, 20, 21, 22].

Împărțirea sarcinilor este o metodă prin care fiecare membru al echipei poate prelua puterea de decizie în diferite momente [23].

Este o metodă favorabilă fiecărui individ, oferindu-i șansa de a conduce și a se dezvolta în interiorul unei echipe. De asemenea este eficientă în ceea ce privește îmbunătățirea mediului de lucru și satisfacțiile profesionale [24,25].

Întrucât organizațiile din sistemul de sănătate se confruntă cu o permanentă schimbare, este important ca liderii de la vârful organizațiilor să încurajeze liderii din subordine să dezvolte diferite stiluri de conducere pentru a gestiona situații diferite.

Astfel, un lidership situațional are o flexibilitate mai mare, liderii putând adopta diferite stiluri și teorii de lidership în funcție de necesități [26].

Lynch și colab. într-un articol din Journal of Nursing Management, în 2011, afirma că trăsăturile principale ale liderilor situaţionali sunt: abilitatea de a identific performanţa, competenţa și devotamentul celor din jur și de a fi flexibili [27].

Atunci când relaţiile din cadrul organizaţiei și al unui grup sunt dezvoltate și încurajate spre a atinge anumite obiective, ele pot influenţa activitatea grupului și a indivizilor din afara echipei și de asemenea pot mări stabilitatea grupului în cadrul ierarhiei organizaţionale [28,29].

Construcţia unui proces de leadership comportă trei faze [30]:

- **Faza de început** – interacţiunea dintre lider și subordonaţi este determinată de relaţiile contractuale, grefată de regulile organizaţionale; comunicarea este unidirecţională, de la lider la ceilalţi membri; fiecare membru își centrează atenţia asupra lui însuși;
- **Faza de familiarizare** – se caracterizează printr-o situaţie de testare în privinţa ariei de interes, preluarea responsabilităţilor și rolurilor, testare atât din partea liderului, cât și din partea membrilor grupului, menţinându-se centrarea pe sine, dar acordând atenţie și celorlalţi;
- **Faza parteneriatului matur** – are loc un schimb calitativ lider-membru, se stabilește un nivel crescut de încredere și respect, iar interesul propriu este integrat celui de grup.

Liderii au nevoie să-și identifice propriile lor capacităţi (puncte tari și puncte slabe). Stilul distributiv este acela în care se creează premisele pentru compensarea slăbiciunilor în interiorul organizaţiei [1,28,29,31].

Diferite stiluri de conducere și teorii sunt relevante pentru practica medicală. În ciuda studiilor care examinează și explică stilurile de conducere, nu există o teorie definitivă pentru a ghida lideri, și nu există nici o dovadă definitivă despre care teorie este cea mai eficientă [32].

14.4. Surse ale autorității liderului

Autoritatea liderului, definită din punct de vedere funcțional, este considerată drept competența de a schimba atât atitudinea cât și comportamentul altor persoane.

În sănătate, ca și în alte domenii, se descriu următoarele surse ale autorității:

1. ierarhiile superioare din sistem,
2. resursele critice,
3. charisma.

În primul caz, autoritatea este dată de poziția ierarhică a liderului în cadrul grupului. Acesta își transmite autoritatea către nivelurile subiacente.

Resurse critice sunt considerate acelea care îndeplinesc cumulativ următoarele caracteristici:

- Sunt esențiale pentru funcționarea instituției;
- Sunt limitate sau disponibile doar pentru un număr mic de indivizi din cadrul organizațional;
- Nu pot fi înlocuite cu alte resurse.

Indiferent de poziția în care se află, ca manager, șef de secție sau coordonator al echipei de îngrijire, medicul și asistentul medical sunt percepuți drept deținători ai unor calități speciale, acelea de a reda sănătatea, de a îmbunătăți calitatea vieții pacientului, de a-l ajuta pe acesta în satisfacerea nevoilor fundamentale, prin urmare au atribuită o autoritate puternică în domeniu.

Pe lângă autoritatea dată de poziția superioară în sistem și deținerea unor resurse critice, fie acestea de ordin material, fie de tipul capacităților ori abilităților, liderul își consolidează puterea și prin charismă. Prin felul său de a fi, el se constituie într-un model pentru ceilalți membrii ai grupului și totodată trebuie să îi determine pe aceștia să își dorească să fie ca el, să îl urmeze în îndeplinirea

obiectivelor, adoptând comportamentele și atitudinile oferite ca model.

Charisma liderului se dovedește utilă la nivelul relațiilor interpersonale stabilite la nivelul grupului, favorizând dezvoltarea acestora și, implicit, coeziunea și unitatea grupului.

Un lider se dovedește eficient dacă își asigură autoritatea din mai multe surse, utilizând-o pe aceea care este în concordanţă cu obiectivele urmărite și cu tipologia comportamentală a celor pe care dorește să-i influenţeze, bineînţeles contând și direcţia și scopul acesteia.

În unităţile sanitare care au în poziţie ierarhică superioară medici, se manifestă preponderent autoritatea expertului sau a cunoștinţelor specifice dacă discutăm despre activitatea medicală desfășurată.

Însă un spital nu înseamnă doar activitate medicală, ci și activitate economică, administrativă, management al resurselor umane etc., situaţie în care medicul nu mai este un expert ca în cazul precedent și trebuie să se bazeze pe părerile celor care sunt pregătiţi și deţin informaţiile din domeniile respective.

Experţii trebuie să ofere soluţii la problemele liderului formal, nu să creeze altele noi, iar acesta trebuie să fie capabil să analizeze și să judece informaţiile furnizate și să ia decizii în consecinţă. Concomitent cu luarea deciziei, responsabilitatea pentru demersul ales, succesul sau eșecul activităţii întreprinse aparţine liderului ierarhic. Încercarea de asumare a meritelor de către experţi poate genera fricţiuni și rupturi importante în cadrul organizaţional.

O situaţie similară se poate identifica și dacă la conducerea spitalului se află un profesionist din alt domeniu, de această dată fiind necesari experţii din domeniul medical.

De altfel, la acest moment există numeroase păreri pro și contra privind pregătirea profesională de bază a celui care conduce un spital. Balanţa pare să se încline spre profesionistul din domeniul medical, care își poate completa capacităţile și abilităţile specifice cu noţiuni

de leadership și își poate forma, prin învăţare, un comportament managerial adecvat.

Mai mult, caracterul preponderent al activităţii într-o astfel de instituţie este cel medical, resursa umană este reprezentată în mare parte de cadrele medicale, aspecte ce solicită prin urmare multiple decizii și acţiuni în această direcţie. Celelalte sectoare pot fi conduse cu sprijinul experţilor, activitatea și procesul decizional fiind integrate în zona medicală.

Organizaţia care are un lider puternic ce ajunge să deţină și autoritatea formală, dezvoltându-și aptitudini manageriale și bazându-se pe susţinerea și încrederea întregului grup, are toate șansele de a progresa, de a se dezvolta și de a face performanţă. Putem afirma că în acest caz există motivaţie, există modele de urmat, iar tot demersul și întreaga activitate se bazează pe ştiinţă.

Tipurile de autoritate care se manifestă, determină deosebirile dintre șef (manager) și lider [8]:

Managerul:

Este numit, cu autoritate delegată de către organismul tutelar;
În atingerea obiectivelor utilizează scheme și modele deja intrate în rutină;
Planificarea acţiunilor este pe termen scurt deoarece mandatul în care a fost învestit este scurt (pentru managerii de spitale-3 ani, cu permanentul potenţial de întrerupere la schimbări politice sau de neconcordanţă cu viziunea și obiectivele consiliului judeţean);
Activitatea sa se bazează pe monitorizare și control;
Își asumă foarte mult rolul de administrator al unităţii respective;
Se bazează pe nivele de autoritate formală – schema organizatorică.

Liderul:

Este ales datorită calităţilor și comportamentului său;
Este susţinut de încrederea celorlalţi membri ai grupului care îl urmează;
Vine cu idei inovatoare, dorește implementarea de modele noi de acţiune;
Gândirea este pe termen lung;
Este adeptul schimbărilor;
Activitatea se bazează pe încrederea și respectul dintre membrii grupului, pe asumarea rolului de către fiecare dintre aceștia.

Este evident că cele două roluri diferă, însă situaţiile în care ele se suprapun ca urmare a învăţării și dezvoltării personale în cadrul unui proces de leadership, aduc beneficii importante organizaţiei în care se întâmplă.

Tipul ideal de lider este greu de găsit deoarece calităţile și condiţiile pe care acesta trebuie să le îndeplinească sunt multiple:

O bună pregătire în domeniu, atestată atât oficial, cât și prin recunoașterea celorlalţi membri;
Capacitatea de a organiza;
Să fie un bun comunicator;
Să aibă viziune;
Să înţeleagă necesitatea schimbării și să fie capabil să-și implementeze schimbările intuite drept benefice pentru grup;
Să se bucure de respectul, aprecierea și încrederea celorlalţi;
Să fie consecvent;
Să fie rapid și corect în luarea deciziilor;

Să fie deschis învăţării;
Să se preocupe de dezvoltarea atât a sa, cât și a grupului, în aceeași măsură la nivel personal, cât și la nivel de grup;
Să știe să motiveze grupul în îndeplinirea obiectivelor;
Să acorde la rândul său recunoașterea și respectul cuvenit fiecărui membru al grupului.

14.5. Luarea deciziilor în leadership

De foarte multe ori, liderul se află în situaţia de a lua decizii pentru întregul grup pe care îl reprezintă, pentru a oferi direcţii de acţiune, pentru a rezolva diversele probleme cu care se confruntă grupul, pentru a imprima dezvoltarea și performanţa, atât la nivel personal, cât și în mod unitar, grupului ca entitate.

Procesul de rezolvare a problemelor recunoaște următoarele etape [12]:

Identificarea/înţelegerea problemei și chiar conștientizarea acesteia;
Definirea și studierea problemei;
Stabilirea obiectivelor, determinarea criteriilor și recunoașterea limitărilor;
Crearea unor soluţii alternative;
Alegerea soluţiei optime;
Programarea activităţilor;
Comunicarea fiecărei decizii și motivarea ei;
Implementarea acţiunilor;
Monitorizare, control, revizuire.

Există mai multe criterii care determină luarea deciziei:

1. *scopul deciziilor* – discutăm de *decizii strategice*, cele pe termen lung, care vizează probleme generale ce afectează întreaga organizaţie și decizii tactice, care privesc aspecte operaţionale și sunt pe termen scurt;
2. *structura* – generează *decizii structurate și neambigue*, adică bine definite, cu criterii de evaluare clare sau *decizii nestructurate și ambigue;*
3. *complexitatea* – determină *decizii de complexitate diferită* influenţate de factori interni, externi și factori de mediu;
4. *gradul de dependenţă sau influenţă* se referă la *decizii care sunt independente sau dependente* de alte decizii anterioare, concomitente cu acestea sau viitoare;
5. *incertitudinea* pune liderul în situaţii diferite, de a lua decizii în condiţii în care toate datele sunt cunoscute sau în situaţii de incertitudine din cauza necunoașterii tuturor aspectelor ori datorită incapacităţii de a prevedea consecinţele;
6. *circumstanţele decizionale – decizii de oportunitate, de problemă sau de criză;*
7. *timpul* – determină *luarea deciziilor în condiţii de urgenţă* mai mare sau mai mică, în funcţie de circumstanţe.

Liderul trebuie să fie conștient de importanţa corectitudinii în luarea deciziilor, deoarece influenţa acesteia se răsfrânge asupra întregului grup. Fiind un proces creativ, pe lângă lider, decizia va implica toţi membrii grupului, care vor avea reacţii favorabile sau nu la acea decizie.

Nu de puţine ori, liderul se poate confrunta cu o lipsă de reacţie la decizia respectivă, însă și această situaţie constituie un răspuns. Prin urmare, trebuie să analizeze oportunitatea deciziei, valabilitatea acesteia, modul în care ea răspunde nevoilor grupului și să identifice

cauzele lipsei de implicare în acţiunea grupului în cazul acelor membrii ce nu adoptă direcţia generală prin lipsă de răspuns.

Pentru a se asigura că rezolvă prompt și coerent problemele, evitând impasuri ca cel exemplificat anterior, liderul trebuie să cunoască procesul decizional, definit prin tehnici și reguli și în funcţie de specificul activităţilor, caracteristicile grupului și circumstanţele în care trebuie să ia decizia, să aplice acele tehnici care sunt cele mai potrivite și consideră că vor contribui la luarea celei mai potrivite decizii.

Toate aceste intervenţii se bazează pe comunicarea eficientă între cei implicaţi în procesul decizional. Este important de asemenea și modul de transmitere a deciziei către membrii grupului/organizaţiei, deoarece se știe că fiecare decizie are o influenţă asupra tuturor sectoarelor.

În organizaţiile medicale se observă o orientare către decizia în grup. Dacă discutăm de decizii medicale, nucleul decizional este definit de echipa de îngrijire sau de echipa multidisciplinară de abordare a cazurilor complexe. Plasând analiza la nivele de conducere superioare, puterea decizională se află în posesia consiliilor de administraţie, comitetelor directoare sau consiliilor medicale.

La nivelul grupului, se constată mai multe variante de luare a deciziei:

decizia prin regula autorităţii – membrii grupului își expun părerile, argumentele, iar liderul este cel care ia decizia; în această situaţie, totul depinde de capacitatea Liderului de a analiza și a judeca informaţiile și de a selecta varianta potrivită de decizie;
decizia prin lipsă de răspuns – liderul prezintă grupului mai multe variante, până când una este acceptată; o astfel de metodă este mare consumatoare de timp;
decizia prin regula minorităţii – este cazul în care un subgrup cu autoritate impune punctul propriu de vedere grupului, prin argumentare și susţinere consistentă;
decizia prin regula majorităţii – este adoptată decizia care este agreată de majoritatea grupului; o astfel de variantă poate ridica problema corectitudinii și consistenţei deciziei luate, deoarece situaţia se poate baza mai mult pe loialitatea membrilor și aderenţa lor la un anumit subgrup și se poate produce chiar scindarea grupului, cu apariţia de disensiuni și conflicte;
decizia prin consens – membrii grupului prezintă variantele proprii de soluţie, se negociază acceptarea celei mai bune opţiuni; este posibil ca unii dintre membri să renunţe a-și mai susţine părerea și atunci grupul se confruntă cu un fals consens.

După cum se poate observa, nici o variantă nu se dovedește a fi eficientă din toate punctele de vedere.

Principalele dezavantaje sunt constituite de timpul crescut necesar adoptării deciziei, presiunile ivite între membrii grupului pentru impunerea propriilor soluţii și disiparea responsabilităţii pentru decizia luată. Chiar și în aceste condiţii, decizia în grup este de preferat deciziei luate de o singură persoană.

Decizia în grup are certe avantaje: este bazată pe cunoștinţe și informaţii variate, complete și complexe, din mai multe surse, care definesc mult mai bine problema, soluţiile adoptate se bucură de un grad sporit de acceptare fiind produsul gândirii și analizei mai multor persoane, asigură legitimitatea opţiunilor de acţiune.

Sistemul de sănătate românesc este încă în căutarea celui mai bun drum de dezvoltare, de așezare pe un fundament solid de gestionare a resurselor, de alegere a unui mod coerent și eficient de conducere.

Nu de puţine ori ne întrebăm dacă nu cumva este vorba de o lipsă de viziune, de o neintuire a schimbărilor necesare, de o incapacitate de a pune toate informaţiile într-o conexiune logică sau de o neacceptare a faptului că și în acest domeniu trebuie să se înveţe conducerea, care până la urmă este o știință, un comportament specific ce se poate dobândi prin învăţare, grefat pe nişte condiţii, calităţi și capacităţi preexistente.

Poate că nu știm să ne alegem liderii sau ne aflăm în imposibilitatea de a ne exprima opţiunea din cauza unor îngrădiri politice sau de altă natură.

Astfel, ne dăm seama că leadership-ul este mai mult decât necesar într-un asemenea domeniu. Fiecare profesionist în sănătate trebuie să-și dezvolte aptitudini de lider, să-și dobândească autoritate, dar mai ales să dovedească interes și implicare în activitatea organizaţională.

Bibliografie

[1] Abdulaziz Al-Sawai,Oman Medical Journal (2013) Vol. 28, No. 4:285-287

[2] Garman AN, Brinkmeyer L, Gentry D, Butler P, Fine D. Healthcare leadership 'outliers': An analysis of Senior administrators from the top U.S. hospitals. J Health Adm Educ 2010;27(2):87-97.

[3] Collins D, Holton E. The effectiveness of managerial leadership development programs: a meta-analysis of studies from 1982 to 2001. Hum Resour Dev Q 2004;15(2):217-248.

[4] Gamble, T.K., Gamble, M., Communication works, McGraw-Hill, New York, 1993, p. 264

[5] Zanoschi, G., Sănătate publică și management sanitar, Ed. Dan, Iași, 2003, p. 286

[6] Brilhart, J.K., Galanes, G.J., Effective group discussion, WCB Brown & Benchmark, Madison, 1995, p. 158
[7] Grimm JW Effective leadership: making the difference. Journal of Emergency Nursing.36 (2010), 1, 74-77
[8] Jompan, A., Leadership și managementul îngrijirilor primare, Ed. Eurostampa, Timișoara, 2015
[9] Hinton, B.L., Reitz, H.J., Groups and Organizations. Integrated Readings in the Analysis of Social Behaviour, Wadsworth Publishing Company Inc., Belmont, California, 1971
[10. Pânișoară, I.O., Comunicarea eficientă, Editura Polirom, Iași, 2004
[11] Jablin, F. M., Putman, L.L., The New Handbook of Organizational Communication, Sage Publication, Inc., Thousand Oaks, 2001, p. 820
[12. Vlădescu, C., Managementul serviciilor de sănătate, Ed. Expert, București, 2001
[13] Crevani L, Lindgren M, Packendorff J (2010) Leadership, not leaders: on the study of leadership as practices and interactions. Scandinavian Journal ofManagement. 26, 1, 77-86
[14] Feather R (2009) Emotional intelligence in relation to nursing leadership: does it matter? Journal of Nursing Management. 17, 3, 376-382
[15] Walton D Introducing Emotional Intelligence: A Practical Guide. Icon Books Ltd, (2012) London
[16] Cavazotte F, Moreno V, Hickmann M (2012) Effects of leader intelligence, personality and emotional intelligence on transformational leadership and managerial performance. The LeadershipQuarterly. 23, 3, 443-455
[17] Greig G, Entwistle VA, Beech N. Addressing complex healthcare problems in diverse settings: insights from activity theory. Soc Sci Med 2012 Feb;74(3):305-312
[18] Mintzberg, H., Power in and around organisations, McGraw-Hill, 1983

[19] Staw, B. M., Ross, J., Commitment in an experimenting society: An experiment on the attribution of leadership from administrative scenarious, Journal of Applied Psychology, 65, 1980
[20] Bass BM (2008) The Bass Handbookof Leadership: Theory, Research, and Managerial Applications. Fourthedition. Free Press, New York NY.
[21] Chen, Jui-chen, Leadership effectiveness, leadership style and employee redness. Leadership and organization development journal, v26, no 4, 2005, page 280-288(9).
[22] Resource Development Quarterly. 2004; 15(2):217-48.
[23] Kotter JP. What leaders really do? Business leadership. San Francisco: Jossey-Bass; 2003.p. 29–43
[24] Garman, A. N. „Evidence update: Linking leadership Practices to organizational outcomes." Presentation To the NCHL Leadership Excellence Networks web meeting, October 21, 2011.
[25] Wiseman L, McKeown G. Multipliers: how the best leaders make everyone smarter. New York: Harper Collins. Garman, A. N. „Evidence update: Linking leadership Practices to organizational outcomes." Presentation to the NCHL Leadership Excellence Networks web meeting, October 21, 2011.).
[26] Giltinane CL (2013) Leadership styles and theories. Nursing Standard. 27, 41, 35-39
[27] Lynch BM, McCormack B, McCance T (2011) Development of a model of situational leadership in residential care for older people. Journal of Nursing Management. 19, 8, 1058-1069.
[28] Mann S. Unleashing your leadership potential: seven strategies for success leadership and organization development,2011, vol 32, iss 8.p 855-56.
[29] Garman, A. N., McAlearney, A. S., Harrison, M. I., Song, P.H., & McHugh, M. High-performance work Systems in health care management, part 1: development Of an evidence-informed model. Health Care Management Review, 2011.36(3), 201-213.

[30] Dansereau, F., Graen, G., Haga, W.J., A vertical diadlinkage approach to leadership within formal organization: A longitudinal investigations of the rolemaking process, Organizational behaviour and human performance, 13 (1), 1975.
[31] Weick KE, Sutcliffe KM. Mindfulness and the quality of organizational attention. Organ Sci 2006;17(4):514-526. July/August.
[32] Rolfe P (2011) Transformational leadership theory: what every leader needs to know. Nurse Leader. 9, 2, 54-57.

15. Imaginea publică, vizibilitatea și notorietatea în managementul carierei tale medicale

Gabriel Constantin

„Omul desăvârșit este cel îngrijorat de propriile imperfecțiuni.“
— Confucius

15.1. Întrebări de început

Acest capitol începe cu întrebări sugestive pentru tema noastră și pentru situaţia prezentă a domeniului medical:

1. De ce există medici cu mult mai solicitaţi de pacienţi decât alţii, chiar dacă au același background profesional?
2. De ce unii medici sunt mai preferaţi de colegi pentru consulturi interdisciplinare decât alţii?
3. De ce unele asistente medicale sunt mai apreciate de către pacienţi, sau de către medici, decât altele?
4. De ce unele unităţi medicale sunt foarte căutate iar altele nu?
5. De ce unele specialităţi din aceeași unitate medicală sunt aproape sufocate de numărul mare al pacienţilor iar în altele se „șomează“?

6. De ce sunt cazuri în care populaţia ocoleşte unităţile medicale din apropiere și preferă să se deplaseze la altele aflate la distanţă?

Veţi zice, probabil, că e simplu de răspuns: fiindcă medicii în cauză sunt mai buni, fiindcă asistentele medicale vizate se comportă profesionist sau că știu să relaţioneze mai bine, fiindcă respectivele unităţi sunt mai bine dotate, sau oferă condiţii hoteliere mai bune, au echipamente de ultimă generaţie și chituri sau reactivi pentru analize, fiindcă lor nu le lipsește nimic în comparaţie cu celelalte ș.a.m.d.

Sigur că da, aveţi întru totul dreptate: toate aceste justificări sunt corecte. Nu sunt, însă, și complete, pentru că ele exprimă doar baza faptică, observabilă direct, a unui răspuns care pare și el la fel de simplu și care sună așa: *fiindcă medicii și asistentele în cauză au o imagine publică (personală) bună sau/și serviciile ori unităţile medicale invocate în întrebări au o imagine publică (instituţională) bună.*

Pentru ca abordarea noastră să fie integrală, trebuie să analizăm și următoarea întrebare:

7. Ce anume semnifică faptul că auzim foarte frecvent din partea societății generalizări de felul:
   - *sistemul medical* e „așa și pe dincolo“;
   - *sănătatea/medicina* e „așa și pe dincolo“;
   - *doctorii* sunt/fac „așa și pe dincolo“;
   - *asistentele medicale* sunt/fac „așa și pe dincolo“.

Pentru claritate, fac precizarea că enunțurile de mai sus intenționat comasate cu totul nedistinctiv în formula „așa și pe dincolo“ pot să fie pozitive sau negative.

Nu acest semn +/- contează aici, și nici conținutul exact, ci faptul în sine că ține de obișnuit ca la nivelul societății să se emită opinii – traducând în fapt imaginea publică percepută de emitenții în cauză – despre profesia medicală, care de obicei e percepută de populație la modul general fie în termeni de oameni (“personalul medical“/“medicii“/“asistentele“), fie ca domeniu (“sistemul medical“/“medicina“/“sănătatea“).

Imaginea publică tinde să aibă o din ce în ce mai mare importanță și în domeniul medical, ceea ce e un argument în sine pentru ca ea să prezinte un grad ridicat de interes pentru orice persoană care intenționează să își managerieze activ o carieră de succes în acest domeniu.

Prin urmare, haideți să vedem în acest capitol ce e aceea imagine publică, personală sau instituțională, și care este relația ei cu vizibilitatea și notorietatea.

15.2. Ce este și cum se formează imaginea ta publică

Pentru explicații privind imaginea publică, e util să plecăm chiar de la lucrurile invocate mai sus, adică de la generalizările sub formă de

opinii pozitive sau negative despre personalul medical, instituţiile medicale sau profesia medicală în ansamblul ei, care sunt împărtăşite de o anume parte sau de alta din populaţie.

Tehnic vorbind, aceste generalizări ne spun că toate cele trei entităţi invocate până acum – persoanele, instituţiile, profesia – intră în „malaxorul" a două procese de psihologie socială puternic corelate – percepţia și reprezentarea socială. Ele, în plus, sunt modulate și de mecanismul stereotipal de încadrare cvasiautomată ("aproape pe negândite") în categorii, pe care mai toţi oamenii îl folosesc ca să (re)cunoască mai facil și simplificat realitatea care îi înconjoară. Ceea ce rezultă de aici pe continuumul percepţie – reprezentare – stereotipizare este chiar imagine publică.

În figura 15.1 am esenţializat mecanismul de formare al imaginii publice și am considerat că ar putea fi vorba chiar despre propria ta imagine publică, cititorule al acestei cărţi. Ne rămâne sarcina ca în continuare să facem pe rând analiza fiecărei casete care intră în componenţa acestei figuri.

Caseta „Tu"

Principala sursă a imaginii tale publice eşti chiar **tu**, iar imaginea ta pleacă întotdeauna de la tine, mai precis de la aspectele de cunoaştere despre tine pe care tu le oferi celorlalţi prin ceea ce spui, prin ce faci și prin conduita ta. Insist aici pe faptul că tot, dar absolut tot ce spui, ce faci – inclusiv prin conduită – produce imagine publică despre tine. Bună sau rea.

Caseta „Ce se spune (oral/scris) despre tine"

Este a doua sursă pentru imaginea ta publică. Aici intră toţi ceilalţi care – fie că te cunosc, fie că nu (!) – vorbesc ori scriu despre tine. Ei

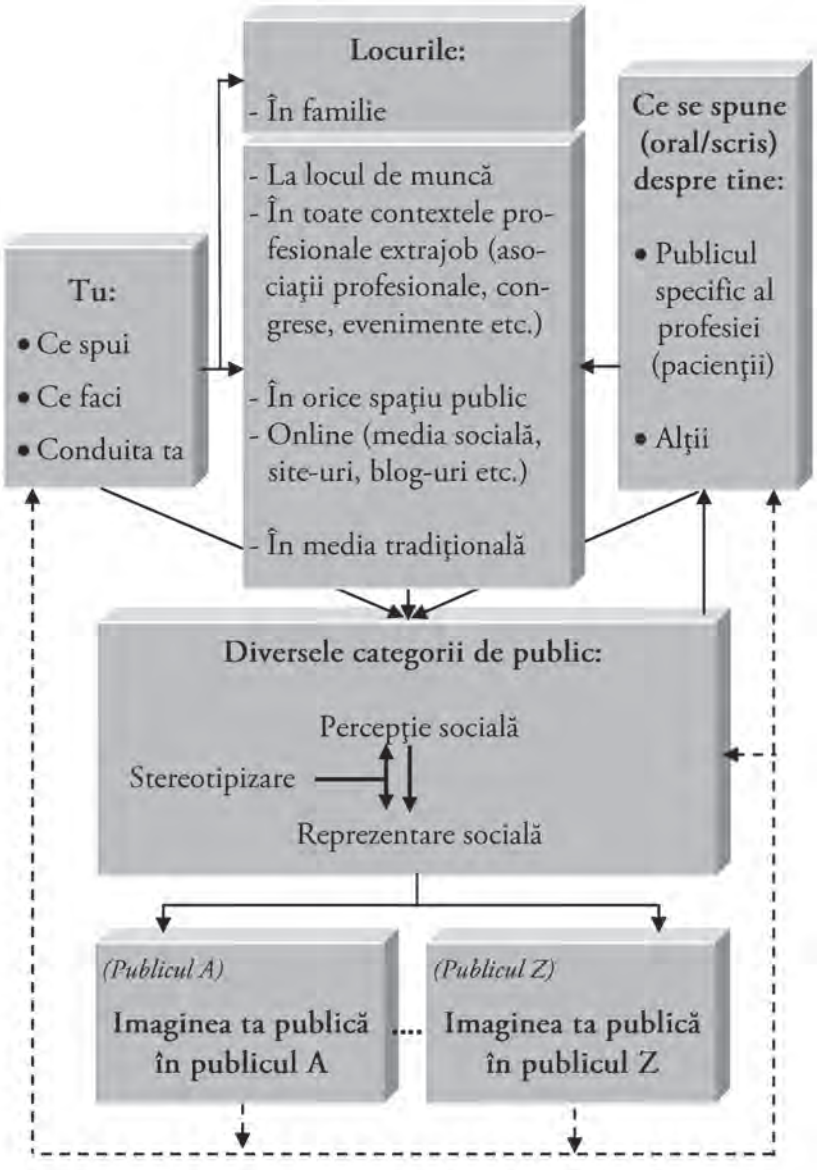


Fig. 15.1 – Mecanismul de formare al imaginii tale publice

pot fi împărţiţi în două mari categorii: publicul tău specific din perspectiva profesiei tale, adică pacienţii tăi, şi categoria „alţii“, în care îi introducem pe absolut toţi ceilalţi care vorbesc/scriu despre tine (scopurile strict informative ale acestui capitol nu impun să mergem mai departe cu subsegementările posibile pentru această categorie).

Caseta „Locurile“

Locurile din care se obţin sau în care se livrează „lucrurile“ ce contribuie la imaginea ta publică sunt locurile prin care, cu excepţia spaţiilor tale private (familie, hobby-uri etc.), „umbli“ atât tu, cât şi cei care vorbesc/scriu despre tine, dar la care au acces direct sau indirect (prin relatări, postări online sau presă tradiţională ş.a.m.d.) şi toate celelalte categorii de public:

- locul tău de muncă (incluzând întreaga organigramă a unităţii medicale în care se află postul tău: cabinet, secţie, laborator, spital/policlinică/etc.);
- toate contextele profesionale în care apari în afara locului de muncă (vorbim aici de activităţile tale în cadrul asociaţiilor profesionale, de evenimentele medicale de tip congrese, întruniri etc. la care participi);
- orice spaţiu fizic public în care apari sau în care se vorbește despre tine;
- toate mediile online în care comunicaţional eşti prezent(ă) direct, intenţionat, sau/şi cele în care se vorbește despre tine (incluzând media socială – facebook, twitter, instagram, linkedIn, youtube etc. – şi internetul, adică site-urile, blog-urile etc.);
- media tradiţională (televiziuni, radio, presă tipărită), în cazul în care tu ai apariţii în acest segment de media (fie prin intenţia ta, fie prin interesul media faţă de tine).

Diversele categorii de public interesat de tine – din varii motive sau, dimpotrivă, fără niciun motiv – tocmai din aceste locuri și din cele două mari surse amintite mai sus își extrag informațiile/elementele din care vor construi imaginea ta.

Caseta „Diversele categorii de public"

Aici este inclusă de fapt întrega populaţie, dar care este segmentabilă practic în fiecare caz concret în mai multe categorii de public, aceste categorii fiind diferite în funcţie de persoana a cărei imagine o analizăm. Tot aici intervin cele trei procese de psihologie socială amintite deja: percepţia socială, reprezentarea socială, stereotipizarea.

Nu insist asupra lor decât printr-o singură subliniere, importantă pentru că ea explică de ce aproape întotdeauna despre orice persoană, instituţie, profesie ș.a.m.d. suntem obligaţi să vorbim în termeni de imagini publice (ale ei/ale lui) și nu de imagine publică (a ei/a lui).

Situaţia aceasta se datorează faptului că la nivelul populaţiei generale s-au accentuat fenomenele concomitente de diversificare socială și de polarizare socială, astfel încât s-au segmentat și s-au cristalizat mai bine categoriile de public. Consecinţa directă asupra imaginii publice este că fiecare categorie de public își formează propria sa imagine publică despre un actor social (să zicem, medic sau asistentă medicală) și nu de puţine ori – urmare directă a polarizării – aceste imagini pot fi inclusiv contradictorii (chiar dacă, totuși, domeniul tipic cu persoane având concomitent imagini publice puternic contradictorii rămâne politica).

Casetele „Imaginea ta publică în publicul A… Z"

Ele rezumă grafic consecinţa a ceea ce tocmai am explicat în cuvinte mai înainte: faptul că, cel mai probabil, pentru fiecare instituţie și

pentru fiecare persoană – inclusiv pentru tine – există/se formează „în piaţă“ (în populaţia generală) un număr de imagini publice relativ egal cu numărul categoriilor de public ale respectivei instituţii/persoane.

Un ultim aspect de subliniat în legătură cu fig. 15.1. este legătura de tip conexiune inversă (semnalată în figură prin linii punctate) care se face simţită între imaginile tale publice deja propagate și cele două categorii de surse ale imaginii: prestaţia ta publică și prestaţia celorlalţi referitoare la tine (ce spun și ce scriu ei despre tine).

Ce este, totuși, imaginea publică?

Evitând aprofundările teoretice care ne-ar duce în mijlocul unor dispute conceptuale privind o definiţie sau alta, folosim în continuare aceeași abordare practic-intuitivă de până acum. Astfel, plecând de la nivelul unei persoane și ajungând la nivel de categorie de public, imaginea ta în mintea unei persoane este ceea ce respectiva persoană știe sau își amintește despre tine, indiferent ce anume și indiferent cât e de real ceea ce știe sau ce își amintește.

În mod similar, când vorbim despre categoriile de public, imaginea ta este ceea ce publicul în cauză cunoaște despre tine. Aceeași precizare este foarte necesară și aici: când spunem „știe“, „își amintește“, „cunoaște“, nu înseamnă că este (sau că ar trebui să fie) vorba despre biografia ta integrală exactă sau despre povestea reală a întregii tale vieţi. Chiar deloc nu e așa! Centrul imaginii tale publice este format din primele 2-3-4 lucruri, indiferent care sunt acelea, pe care oamenii le enunţă (le știu sau și le amintesc) despre tine. Autorul acestui capitol nu împărtășește deloc acele opinii din literatura de specialitate conform cărora ceea ce își amintesc oamenii spontan despre cineva/ceva este notorietate spontană. Notorietatea se referă

numai la numărul în sine de oameni care te cunosc/au auzit de tine și la arealul concret în care ești cunoscut(ă). Prin urmare, strict conceptual, faptul că oamenii au auzit/știu de tine înseamnă notorietate, iar ce anume știu concret respectivii oameni despre tine e deja direct imagine publică, nu notorietate.

Dacă, de exemplu, primele gânduri despre tine care vin în mintea unor persoane (din branșă sau din afara ei) sunt „Găsește justificare pentru orice. Uită rapid ce promite. Una poate să zică azi, alta zice mâine.“, atunci acesta e nucleul imaginii tale publice din mintea acelor persoane, indiferent că ești asistentă medicală debutantă, medic debutant, director de spital sau ministrul sănătăţii.

15.3. Un motiv important ca să te intereseze imaginea ta: concurenţa mare din domeniul medical

Mentalitatea de tipul „Eu sunt medic/asistentă medicală, îmi fac datoria de medic/asistentă medicală, nu am timp să mă ocup cu aiureli de genul imagine publică sau mai știu eu cu ce!“ este, probabil, încă foarte frecventă.

Sigur că pot exista argumente în favoarea ei, mai ales dacă ţinem cont că profesia medicală – atât pe linia medicilor, cât și pe linia asistenţilor medicali – face parte din grupul profesiilor supra-reglementate intern și, implicit, puternic- controlate administrativ, din punct de vedere al evoluţiei profesionale, deci parcurgerea treptelor profesionale nu depinde (aproape) în niciun fel de imaginea publică.

Împotriva acestei mentalităţi se pot aduce două categorii de argumente „grele“:

- Totuşi evoluţia profesională în domeniul medical înseamnă mai mult decât parcurgerea treptelor profesionale! Există poziţii în organigrame, poziţii în alte instituţii medicale, poziţii de conducere, poziţii de demnitate publică pentru care gradul profesional este doar o condiţie preliminară, în timp ce o imagine publică solidă poate fi factorul decisiv.
- Concurenţa enormă din lumea medicală este de fapt argumentul major ca să te intereseze propria ta imagine publică, şi sunt mai multe aspecte de discutat aici:
  - concurenţa mare în cadrul aceleiaşi specialităţi şi cea în cadrul aceleiaşi instituţii – se manifestă mai ales atunci când e vorba de promovarea-avansarea ta în secţie, laborator, spital, policlinică, centru medical etc.;
  - concurenţa mare pentru posturi în alte instituţii medicale pe care le poţi viza pentru un transfer ce poate fi cea mai bună cale de avansare în carieră pentru tine;
  - concurenţa mare între unităţile medicale pentru o cotă de piaţă cât mai favorabilă – vizând inclusiv numărul de pacienţi şi volumele financiare – în condiţiile unei competiţii interne din ce în ce mai puternice în sistemul naţional medical. De aici decurge inclusiv un anume nivel solicitat al competitivităţii tale pe piaţă, exprimabil şi prin numărul necesar/minim de pacienţi/consultaţii care îţi sunt cerute.

În toate aceste situaţii menţionate mai sus, pe lângă ceea ce numim competenţa-expertiza ta profesională necesară, ai categoric nevoie şi de o imagine foarte bună care să îţi confere acel avantaj competitiv în faţa oricărei concurenţe.

15.4. Exemple practice de imagini publice în sănătate

Exemplul 1: competiția între imagini publice contrare despre aceeași persoană/instituție

Cel mai potrivit exemplu aici este cel privind imaginea publică a sistemului de sănătate în ansamblul său. Din cauza unor succesiuni cu totul nefericite de evenimente în domeniul medical, întinse pe foarte mult timp și cu rezonanță intens negativă în populația generală, imaginea publică a acestui sistem a fost puternic deteriorată în ultima perioadă.

Intervențiile media, în special ale televiziunilor, au contribuit suplimentar la permanentizarea impresiei că totul se prăbușește și că nimic nu mai funcționează. În consecință, în prezent putem discuta despre două imagini publice contrare, amândouă active:

- o parte din populația totală are o imagine negativă despre sistemul medical, în legătură cu care emite opinii și argumentări negative, și întreprinde acțiuni individuale sau colective defavorabile;
- o altă parte a aceleiași populații are în continuare o imagine pozitivă despre sistemul medical, imagine exprimată prin opinii, argumentări și acțiuni favorabile.

Lucrurile se repetă identic (adică sub formă de competiție între imagini publice contrare) și în ceea ce privește mai ales instituțiile medicale de stat (spitale, policlinici, direcțiile de sănătate publică, ministerul de resort etc.).

Fiecare astfel de instituție are, pe de o parte, o „galerie" de susținători – cunoscuți și necunoscuți – care îi promovează o imagine pozitivă și din partea cărora primește încredere afișată public, evaluări

pozitive și adresabilitate directă atunci când respectivii susținători au nevoie să acceseze servicii medicale.

Pe altă parte, față de fiecare instituție se manifestă și o „contra-galerie", care propagă o imagine peiorativă, care transmite evaluări negative și care acționează în sens decredibilizant; în consecință, „contra-galeria" va accesa, când are nevoie, servicii medicale din partea altor instituții/persoane.

„Galerie" și „contra-galerie", deci imagini publice contrare, puternice ambele ca sonoritate în spațiul public, putem găsi și în cazul anumitor persoane, de exemplu atunci când acestea practică metode controversate de tratament și/sau de diagnostic. Sigur, nu vorbim aici de nivelul „tămăduitori și vraci", chiar dacă aceștia pot fi și ei un caz interesant de discutat în materie de imagine publică.

De multe ori, în astfel de cazuri controversele pleacă chiar din interiorul lumii medicale, iar în prezent avem astfel de exemple și la nivel național, și internațional. Nu este în intenția noastră să contabilizăm public nume de persoane sau denumiri de instituții. De aceea, exemplicăm aici oarecum mai vag, cu situația unui furnizor de servicii medicale oncologice, din afara Europei dar cu celebritate inclusiv la noi în țară, care are parte de multe contestări venind chiar din lumea medicală internațională dar care are cert și „galeria" lui de adepți mai ales printre pacienți, inclusiv la căutări online pe acest subiect.

Exemplul 2: imaginea publică intens pozitivă despre persoane/instituții, cu tendințe de generalizare în populație

Aceasta este situația marilor celebrități medicale, „celebrități" în adevăratul sens al cuvântului și prin care înțelegem aici atât persoane, cât și instituții.

În ceea ce privește persoanele aflate în această situaţie, avem nenumărate exemple concrete din prezent și din trecut.

O primă subcategorie aici este formată din mari personalităţi medicale, mari chirurgi, mari profesori universitari ș.a.m.d., medici care au ajuns la vârste venerabile și care și-au dedicat întreaga viaţă idealului medical. Ei, pe lângă celebritatea profesională deja cucerită în zeci de ani de muncă, au fost promovaţi suplimentar și de televiziuni prin emisiuni și reportaje, și de internet prin articole sau postari dedicate, astfel încât au ajuns la cunoștinţa unui procent și mai mare din populaţie, iar situaţia lor a declanșat o reacţie generalizată de emoţie si simpatie, ceea ce în mod evident produce sau accentuează o imagine publică intens pozitivă.

O altă subcategorie cu o aceeași imagine publică intens pozitivă, beneficiind în promovare tot de aportul televiziunilor și al internetului, este cea a medicilor care, inclusiv la vârste tinere, realizează vârfuri de performanţe în specialităţile lor sau în tratarea cu succes a unei/unor maladii cu frecvenţă/ incidenţă/impact foarte mare în populaţie etc.

Nu în ultimul rând, ca să amintim și de instituții, tot aici se înscriu servicii/unități medicale care îndeplinesc standarde înalte de dotare-echipare și care oferă servicii medicale performante, cu mult peste nivelul celorlalți competitori din piață, și la care, nu în ultimul rând, există liste de luni de zile de pacienți în așteptare pentru un consult.

Exemplul 3: imaginea publică intens negativă despre persoane/instituții, cu tendințe de generalizare în populație

Viața ne-a arătat că, inclusiv în spațiul nostru, sunt posibile astfel de situații, implicând fie persoane, fie instituții. De obicei, când e vorba de persoane, la baza imaginii negative respective se află malpraxis-ul medical sau conduite/acțiuni personale total neconforme cu statutul medical.

Atunci când e vorba de instituții medicale, de obicei imaginea lor negativă se propagă fie tot din cauza practicilor neconforme cu statutul și rolul unei instituții medicale, fie din cauza cazurilor de corupție instituțională.

15.5. Vizibilitate și notorietate în domeniul medical

Vizibilitatea și notorietatea sunt alte două noțiuni care, ca și imaginea publică, provin tot din zona marketing și publicitate, fiind corelate una cu cealaltă și nuanțând, în același timp, unele aspecte ale imaginii publice.

Ca definiții de lucru asumăm următoarele (facem aceeași supoziție ca mai înainte, că toate lucrurile se referă la tine):

- **Vizibilitatea** publică se referă la măsura în care ești găsibil(ă) în spațiile publice de comunicare (vorbim în special de media socială, internet și media tradițională) și este evaluabilă ca un mix între numărul spațiilor de prezență publică în care tu ești găsibil(ă) și frecvențele tale de apariție, respectiv, de evocare în respectivele spații.
- **Notorietatea** se referă la măsura în care ești cunoscut(ă) de public și este evaluabilă, de asemenea, tot ca un mix între diferitele forme posibile de cunoaștere publică a ta: ca număr, procent sau categorie din public care te cunoaște și ca areal geografic în care ești cunoscut(ă).
  Notorietatea este în strânsă legătură cu vizibilitatea: în principiu, dacă nu ai o vizibilitate bună, atunci nici la notorietate nu prea ai cum să stai altfel.

Analizând acum ambele noțiuni prin raportare strictă la personalul și sectorul medical, se impune chiar de la început să facem o separare, distingând între domeniul intraprofesional, pe de o parte, și domeniul public general, pe de altă parte.

a) Vizibilitatea și notorietatea intraprofesionale

Aici includem vizibilitatea și notorietatea pe care tu le ai în interiorul breslei, în rândul colegelor și colegilor tăi:

- de la locul direct de muncă (secție, cabinet, laborator etc.);
- din instituția în care lucrezi (centru medical, spital etc.);
- din specialitatea în care activezi;
- din profesia pe care o ai (asistentă medicală, medic etc.);
- din asociațiile profesionale naționale în care ești membru(ă);
- din asociațiile profesionale internaționale din care faci parte.

b) Vizibilitatea și notorietatea publice generale

Aici este vorba despre vizibilitatea și notorietatea pe care tu le ai în spațiul public general, împărțit în două segmente:

- **segmentul medical**: aici includem vizibilitatea și notorietatea pe care le ai în calitatea ta medicală (asistentă, medic etc.) în rândul diverselor categorii de public, primele dintre acestea fiind, desigur, pacienții tăi, apoi pacienții din specialitatea ta (pentru că intri în atenția lor) ș.a.m.d.;
- **segmentul non-medical**: aici includem vizibilitatea și notorietatea pe care tu le ai datorită altor posibile ipostaze non-medicale ale tale (dacă ai așa ceva), cunoscute și cu impact public.

Este de subliniat faptul că pentru o carieră medicală dedicată trebuie să ai foarte mare atenție și prudență față de orice ipostaze medicale și non-medicale care îți pot genera o imagine ce contravine prescripțiilor societale despre ce e și ce nu e permis într-o astfel de carieră. Sunt exemple recente în care nominalizări pentru funcții de demnitate publică în stat în domeniul medical au fost retrase din cauza notorietății mari pe care o avea o imagine publică neconformă a celor nominalizați.

15.6. Tendințe în lumea medicală privind mecanismele de construire a imaginii, vizibilității și notorietății

În succesiunea lor în timp, putem vorbi de trei mecanisme de construire a vizibilității-notorietății medicale:

- mecanismul tradiţional de tip „folcloric“ (el fiind singurul astfel de mecanism activ din vechime și până la apariţia radio-ului și televiziunii);
- mecanismul intermediar, caracterizat prin intervenţia mass media tradiţională: televiziune, radio, tipărituri (perioada de glorie a acestui mecanism s-a întins până recent, adică până la mondializarea și globalizarea internetului și a comunicării prin internet);
- mecanismul modern, care se bazează pe folosirea masivă deja și progresivă în continuare a internetului și online-ului, și care, nu chiar peste mulţi ani, va reprezenta probabil mai mult de 90% din tot ceea ce poate să însemne formare- diseminare a vizibilităţii și notorietăţii în sănătate.

Tendinţa actuală în această materie în spaţiul românesc este, deci, de continuare a trecerii de la prevalenţa mecanismului tradiţional de tip „folcloric“, cu unele intervenţii de-a lungul timpului din partea mass media tradiţională, la dominanţa mecanismului modern bazat pe comunicarea prin internet/online.

Mecanismul tradiţional, de tip „folcloric“

Se referă numai la vizibilitatea-notorietatea publice generale (nu și la vizibilitatea-notorietatea intraprofesionale). El se bazează preponderent pe contactul medical direct, al medicilor și asistenţilor, cu pacienţii prezentaţi la consultaţie și la internare, și pe relatările pe care ulterior aceștii pacienţi le fac în familiile și în mediile lor de apartenenţă despre medici, asistenţi, serviciile medicale, instituţia medicală.

Prin acest mecanism, vizibilitatea personalului medical se bazează în principal pe câţi oameni (pacienţi) poţi să îi vezi sau să îi tratezi direct de-a lungul anilor.

Notorietatea și imaginea publică în acest sistem se bazează, ca și folclorul, pe oralitate, adică pe „ducerea vorbei“ despre personalul medical, serviciile medicale și instituția în care pacienții au fost internați sau cu care au avut contact.

Un astfel de circuit „folcloric“ este alimentat permanent de pacienții consultați și de cei externați; ca multiplicatori ai efectului, intervin apoi interlocutorii acestor pacienți, apoi interlocutorii interlocutorilor ș.a.m.d. care, toți, „duc vorba“ mai departe într-un public al cărui volum crește succesiv.

Un aspect interesant de remarcat este că o parte semnificativă din personalul medical trecut în prezent de vârsta de 45-50 de ani manifestă o anume rezistență vizibilă, și poate chiar prea intransigentă pe alocuri, la noile modalități online de comunicare publică. Aceasta se întâmplă tocmai datorită faptului că, în cea mai mare parte a zecilor de ani de muncă de până acum, vizibilitatea, notorietatea profesională și imaginea lor publică a acestor persoane au fost generate, menținute și crescute tocmai prin acest sistem de tip „folcloric“ descris aici.

Mecanismul intermediar, prin mass media tradiţională

Evident, efectul pe care mass media tradiţională îl are este de creştere a vizibilităţii-notorietăţii. În prezent, pentru publicul general punctează în special televiziunile și radio-urile (pentru că presa scrisă și publicaţiile generaliste tipărite sunt în prăbușire liberă).

De obicei, însă, televiziunile și radio-urile (în mai mică măsură) promovează personalităţi care au deja performanţe profesionale și care au ajuns deja în topul imaginii publice prin sistemul tradiţional „folcloric". Deci efectul pe care îl are mass-media tradiţională în domeniul medical (spre deosebire de alte domenii) nu este de a crea notorietăţi nemeritate și imagini publice artificiale ci acela de a amplifica/extinde notorietăţi și imagini publice deja solide în populaţie prin mecanismul iniţial de tip „folcloric".

Pentru publicul profesional medical, din capitolul mass media tradiţională punctează în special publicaţiile tradiţionale de specialitate, naţionale și internaţionale, care contribuie masiv la cristalizarea în lumea intraprofesională a notorietăţii și imaginii publice a oricărui profesionist din domeniul medical.

Mecanismul modern, bazat pe internet și online

Este impus de amploarea dezvoltării tehnologice a mediului online și de viteza remarcabilă cu care acest mediu este adoptat de populaţia românească în ansamblul ei, indiferent de criteriile de clasificare de tip urban-rural, categorii de venit, categorii de vârstă etc. La aceste tendinţe tehnologice, cel mai rapid la noi a răspuns segmentul medical instituţional privat: s-au dezvoltat site-uri ale centrelor medicale, sunt prezentate și echipele medicale, s-au dezvoltat pagini de facebook, canale private de youtube, twitter etc. și, nu în puţine cazuri,

s-au derulat și se deruleaza campanii online de promovare și/sau de informare. Ulterior, exemplul mediului privat a fost urmat și de instituţiile de stat.

În plan strict individual, la acest capitol personalul medical din România, în anul 2016, poate fi încadrat în trei grupe, folosind nişte criterii absolut minimale de clasificare:

– Cei din grupa așa-zis „avansată“:
- și-au deschis măcar contul de facebook și îl utilizează (în sensul de a posta și de a interacţiona cu alţii) frecvent, dacă nu zilnic de mai multe ori, atunci măcar de câteva ori pe săptămână;
- se documentează foarte mult pe internet, în scopuri profesionale și extraprofesionale;
- utilizează foarte frecvent comunicarea prin e-mail: trimit e-mail-uri și răspund la e-mail-uri;
- unii au și blog-uri și alte puncte de prezenţă online.

– Cei din grupa „medie“:
- au cont de facebook dar îl folosesc rar sau extrem de rar (maxim o dată sau de două ori pe lună) și doar ca să citească ce au mai scris alţii;
- utilizează destul de rar comunicarea prin e-mail, adică doar la nevoie și numai dacă nu se poate și altfel;
- în rest, pot accesa mediul online, dar la fel ca mai sus, adică numai la nevoi presante și numai dacă nu se poate și altfel.

– Cei din grupa „reticenţă totală“:
- nu au niciun cont de facebook;
- folosesc extrem de rar email-ul (numai dacă situaţia concretă la un moment dat îi obligă);

- unele persoane resimt chiar nevoia de asistenţă atunci când „intră pe calculator“, deoarece efectiv nu se pot descurca altfel pe internet sau online.

Ca o concluzie sumară de subcapitol, toate acestea despre care am vorbit mai sus sunt acte de comunicare publică. Ele sunt, însă, simultan, și căi de construire a imaginii publice, dar și mecanisme de creștere a vizibilităţii și notorietăţii, atât în plan instituţional, cât și în plan personal.

15.7. Ce poţi să faci singur(ă) pentru imaginea ta? Ghid minimal de autogestionare a imaginii publice

1. În primul rând, stimate cititorule, după ce parcurgi acest mini-ghid ţine minte două idei mari: ideea în sine de imagine publică și ideea că vei avea mai mult de câștigat în profesie și în viaţă dacă îţi vei ţine tu sub control propria imagine și nu o vei lăsa la voia sorţii sau la voia celorlalţi.
2. În al doilea rând, e important să conștientizezi, dat fiind faptul că profesia ta este o profesie cu public, că un anume grad de vizibilitate publică și de notorietate îi sunt și îţi sunt atașate în mod automat. Prin urmare, rolul tău este să îţi manageriezi imaginea publică, vizibilitatea și notorietatea, astfel încât ele să îţi fie aliaţi în dezvoltarea carierei.
3. Prima etapă concretă este aceea să îţi faci în mod corect o *analiză SWOT personală*, prin care să îţi vezi: punctele tari (S–strenghts), punctele slabe (W–weaknesses), oportunităţi (O–opportunities) și ameninţări (T–threats). Ca să îţi

produci o analiză SWOT corectă trebuie să faci două lucruri înainte:

- să citești cum anume se realizează o astfel de analiză (desigur, în cazul în care nu știi încă);
- să mai rogi pe cineva cunoscut să îți facă încă un SWOT, pentru că uneori, în unele puncte, ceilalți te văd și te evaluează mai realist decât o poți face tu însuți.

4. Etapa următoare este să îți reamintești din acest capitol faptul ca ai la dispoziție trei mari mecanisme de construire a vizibilității și notorietății, și de promovare-propagare a imaginii tale publice: mecanismul de tip „folcloric" (prin ducerea vorbei din om în om), mass media tradițională (televiziuni și radio, în fapt) și internetul/online-ul.

Tot aici este nevoie să iei decizia privind modul în care folosești fiecare din aceste trei mecanisme, în special comunicarea publică pe internet (la modul general vorbind). Mai ales în cazul medicilor, pentru care există un interes public major din partea întregii populații, accesarea profesională a comunicării publice prin internet ar trebui să fie decizia optimă a tuturor.

A accesa profesional comunicarea prin media socială și internet înseamnă:

- Să stabilești spațiile de comunicare din media socială și din internet în care îți e necesar profesional să fii prezent(ă).
- Să ai o politică personală optimă privind conținuturile pe care le postezi (conținuturile să fie în totalitate adecvate profilului tău medical) și să armonizezi aceste conținuturi din toate respectivele spații de comunicare publică.
- Să ai un calendar conversațional optim în fiecare din spațiile în care ai decis că vei fi prezent(ă): frecvența postărilor tale să fie una adecvată, adică să nu fie nici „din an în Paște" dar nici să permită concluzii cum că ai sta permanent „călare" pe internet.

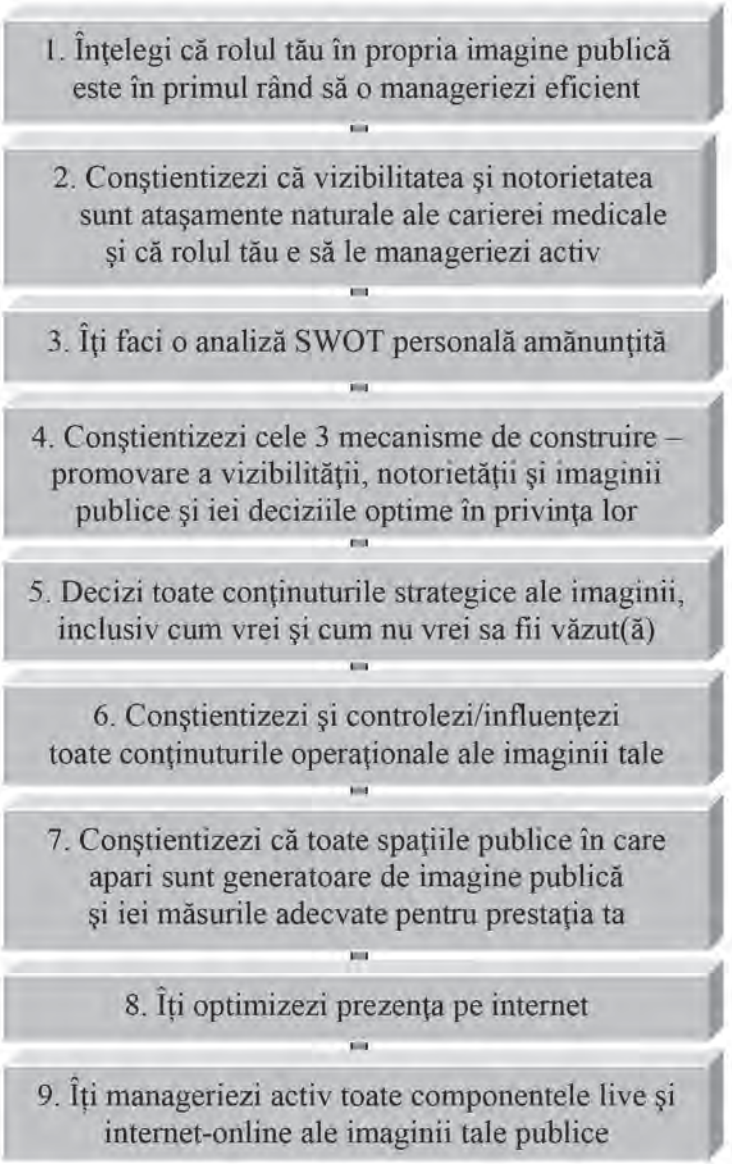

1. Înţelegi că rolul tău în propria imagine publică este în primul rând să o manageriezi eficient
2. Conştientizezi că vizibilitatea şi notorietatea sunt ataşamente naturale ale carierei medicale şi că rolul tău e să le manageriezi activ
3. Îţi faci o analiză SWOT personală amănunţită
4. Conştientizezi cele 3 mecanisme de construire – promovare a vizibilităţii, notorietăţii şi imaginii publice şi iei deciziile optime în privinţa lor
5. Decizi toate conţinuturile strategice ale imaginii, inclusiv cum vrei şi cum nu vrei sa fii văzut(ă)
6. Conştientizezi şi controlezi/influenţezi toate conţinuturile operaţionale ale imaginii tale
7. Conştientizezi că toate spaţiile publice în care apari sunt generatoare de imagine publică şi iei măsurile adecvate pentru prestaţia ta
8. Îţi optimizezi prezenţa pe internet
9. Îţi manageriezi activ toate componentele live şi internet-online ale imaginii tale publice

Fig.15.2 – Ghid minimal de autogestionare a imaginii publice

5. Pasul următor este ca, pe lângă ceea ce vei identifica despre tine în cadrul analizei SWOT, să mai stabilești încă două categorii de lucruri:
   a) ce vrei să se știe despre tine și *cum vrei să fii văzut(ă)*;
   b) ce nu vrei să se știe și *cum nu vrei să fii văzut(ă)*.
   Când ai ajuns în punctul acesta înseamnă că ţi-ai elaborat toate *categoriile strategice* de conţinut pentru imaginea ta (punctul 3 – SWOT și conţinutul de la acest punct 5).
6. Aici este punctul în care exersezi celălalt tip de conţinut al imaginii tale publice: *categoriile operaţionale* de conţinut. Pentru aceasta mergi înapoi la figura 15.1. și revezi casetele „Tu“ și „Ce se spune despre tine“, deoarece conţinutul lor reprezintă de fapt conţinutul operaţional cu care vei lucra cotidian la imaginea ta publică (ce spui + ce faci + orice conduită a ta + ce spun și/sau ce scriu ceilalţi despre tine).
   Referitor la caseta „Tu“, trebuie să îţi formezi reflexul de a conștientiza instantaneu că ori de câte ori spui ceva, faci ceva, sau pur și simplu ai o conduită în oricare din locurile menţionate în caseta „Locurile“, toate acestea – pe lângă

faptul că sunt acte de comunicare – sunt în același timp și purtătoare sau generatoare de imagine publică pentru tine. Automatizându-ți această conștientizare, vei putea ca în derularea dinamică a relaționărilor tale să iei decizii strict pe justificări de imagine publică personală: de exemplu, un astfel de motiv este suficient pentru a te opri sau a te corecta în ceea ce spui și ce faci ori de câte ori îți vei da seama că desfășurarea concretă pe moment nu îți servește deloc imaginea publică.

Referitor la caseta „Ce se spune despre tine", îți este foarte util, tot din punct de vedere al conținuturilor operaționale, să realizezi că fiecare pacient tratat, bine sau mai puțin bine, este sigur o sursă care va lucra apoi la una din imaginile tale publice – fie la cea favorabilă, fie la cea defavorabilă – și la imaginea publică a instituției în care lucrezi, de asemenea în sens favorabil sau defavorabil în funcție de nivelul de satisfacție al pacientului după relaționarea medicală cu tine.

7. Următorul pas în acest mini-ghid este reprezentat de *„locuri"* (revezi caseta în fig. 15.1.); aici este punctul în care trebuie să te asiguri că ai conștientizat că absolut toate spațiile și locurile publice (atât reale, live, cât și virtuale; atât din arealul profesional, cât și din cel extraprofesional) în care apari sau în care se vorbește despre tine sunt spații/locuri în care se generează (prin intermediul tău, dar și al celorlalți) imagine publică despre tine.

   Atenție, deci, la modurile tale de manifestare în oricare dintre aceste spații publice și atenție la ceea ce lași din partea celorlalți să se afirme despre tine în aceste spații.

8. În fine, din acest mini-ghid de orientare globală în tematica imaginii publice proprii nu pot lipsi câteva comentarii privind *internetul*, și voi face în cele ce urmează o pledoarie

insistentă în favoarea ideii ca tu să ai puncte de prezenţă în spaţiul online, aflate sub controlul tău.

Deci, este categoric recomandat să fii prezent(ă), dar *profesional*, în spaţiul online, indiferent de poziţia ta în sistemul medical: fie că eşti o asistentă medicală debutantă, un medic debutant, director de spital sau de centru medical, fie profesor universitar sau ministrul sănătaţii. Argumente:

a) Chiar dacă tu personal eşti împotriva ideii să fii prezent(ă) online – motiv pentru care nu îţi faci niciun cont pe internet şi nu vei posta personal nimic niciodată – aceasta nu înseamnă absolut deloc că nici nu o să fii prezent(ă) online. Ba dimpotrivă, există o probabilitate din ce în ce mai mare să fii prezent(ă) poate chiar în tot online-ul, şi cu lucruri care eventual nu îţi sunt deloc avantajoase pentru imagine. Aceasta se poate întâmpla oricând deoarece în online poţi să ajungi foarte uşor şi când alţii (de exemplu, pacienţii sau detractorii tăi) postează lucruri despre tine.

b) Ţinând cont de cele de mai sus, este vizibil mai avantajos pentru tine să ai spaţiile tale proprii de prezenţă online, aflate sub controlul tău şi prin care să poţi comunica mesajele pe care le dorești, poziţia ta şi variantele agreate de tine etc.

c) Suntem la începutul secolului XXI şi internetul tinde să devină, direct sau indirect, principala sursă de informare pentru toate categoriile de vârstă din populaţie şi din urban şi din rural. Prin urmare, este mai util şi rentabil să fii găsit(ă) şi pe internet acolo unde te caută lumea, decât să invoci clasica supraocupare a personalului medical şi la fel de clasica lipsă de timp (care chiar sunt sau pot fi reale, toată lumea poate fi de acord aici).

9. În fine, ultimul pas – care este unul pe termen lung și de permanentă vigilenţă – este să îţi manageriezi activ toate componentele live (mecanismul „folcloric“) și internet-online ale imaginii tale publice. Nu e deloc un proces ușor, mai ales dacă ajungi în situaţia să ai probleme de imagine publică. Nu uita niciodată că o imagine publică proastă atrage o imagine publică proastă și că acest proces se autoperpetuează dacă tu nu intervii activ, singur(ă) sau cu ajutor de specialitate (experţi în imagine publică), pentru stoparea procesului negativ și înlocuirea lui cu unul favorabil ţie, pentru că, nu-i așa, e valabilă și reciproca: o imagine publică bună atrage o imagine publică bună.

Bibliografie suplimentară

[1] Iordache Nicolae-Iordache, Breda Olivian. Cine ești tu, doctore? Ed. Houston, Bucuresti, 2013.
[2] Gutue Ştefan Cristian. Sunt rezident, what next? Ed. Houston, Bucureşti, 2014.
[3] Aubeeluck Aimee, Stacey Gemma, Thompsonn Susan. Becoming a nurse, BPP Learning Media, 2012.
[4] Janda Louis. Teste pentru alegerea carierei, Ed. BusinessTech International Press, 2003.
[5] Gawande Atul. Pe muchie de cuţit, însemnările unui chirurg despre o ştiinţă imperfectă. Ed. Humanitas, Bucureşti, 2009.

16. Satisfacţie şi motivaţie în profesiile medicale. O abordare din perspectivă sociologică

Ana Maria Preoteasa

„Suntem ceea ce facem în mod repetat. Prin urmare, excelenţa nu este un accident, ci o deprindere".
— Aristotel

16.1. Cum se intersectează medicina cu zona socială?

Sănătatea se definește ca fiind absenţa a ceva indezirabil (boală, accident ș.a.m.d.) și este un concept multidimensional: se poate vorbi despre sănătate fizică, mentală, emoţională, bunăstare socială și psihologică. Deși la prima vedere se consideră că boala este un fenomen individual, studiile realizate extensiv în ultimii ani au arătat că stilul de viaţa este unul dintre cei mai importanţi predictori [1][2] pentru starea de sănătate sau de boală. Mediul în care trăiește individul reprezintă un factor explicativ important pentru starea sa de sănătate. În consecinţă, foarte răspândită în ultimii ani este promovarea unui stil de viaţă sănătos „*healthy lifestyle*" cu hrană sănătoasă, mișcare fizică și sport [1].

Calitatea Vieţii este un domeniu al sociologiei care surprinde principalele dimensiuni ale vieţii și vine în completarea abordării individuale și strict medicale. Calitatea Vieţii are o paradigmă sociologică, fiind definită ca „*un concept de natură evaluativă, prin care se definește ansamblul elementelor care se referă la condiţiile în care trăiesc oamenii (fizice, economice, sociale, culturale, politice, de sănătate), conţinutul și natura activităţilor pe care aceștia le desfășoară, caracteristicile relaţiilor și proceselor sociale la care participă, bunurile și serviciile la care au acces, modele de consum adoptate, mod și stil de viaţă, evaluarea împrejurărilor și rezultatele activităţilor lor, așteptările pe care le au, precum și stările subiective de satisfacţie/insatisfacţie, fericire, frustrare etc*“ [3]. Calitatea vieţii în relaţie cu sănătatea (*HRQOL-Health-Related Quality of Life*) constituie un exemplu foarte clar al utilizării cercetării sociale în domeniul medical. Conceptul de calitate a vieţii se utilizează în medicină pentru a descriere gradul de funcţionare și de realizare a unei vieţi de calitate și reprezintă un obiectiv în sine atât pentru persoanele fără probleme de sănătate dar și pentru cele care se confruntă cu diferite afecţiuni. O definiţie utilizată de către Societatea Internaţională pentru Studiul Calităţii Vieţii (ISQOL) delimitează conceptul ca fiind un „*efect funcţional al unei condiţii medicale și/sau consecinţele unei terapii asupra pacientului“* (www.isqols.org). Conceptul este subiectiv și înregistrează percepţia și evaluările individului cu privire la starea sa de sănătate dar și gradul său de funcţionare în anumite aspecte ale vieţii. Domeniul se studiază extensiv, existând și diferite jurnale ştiinţifice, care publică rezultatele de cercetare din domeniu (ex. *Quality of Life Research Journal*, *www.isoqol.org/research-publications/quality-of-life-research).* Măsurarea calităţii vieţii este multidimensională, și se referă la „*funcţionarea fizică, ocupaţională, starea psihologică, interacţiunea socială dar și senzaţiile somatice*“ [4].

Așadar, există zone de intersecţie între domeniul medical și ştiinţele sociale. În acest capitol, am ales să discut despre profesiile

medicale dintr-o perspectivă sociologică. În continuare, mă voi referi atât la situaţia sistemului medical din România cât și la principalele elemente care pot aduce motivație și satisfacție în profesie. Ultima parte a capitolului se concentrează asupra posibilelor strategii de creștere a calităţii vieţii personalului medical (medici, asistente medicale, farmaciști).

16.2. Sistemul de sănătate și situaţia profesioniștilor din domeniul medical în România

Sistemul de sănătate din România a fost în ultimii 25 de ani extrem de discutat și a fost subiectul unor reforme în sănătate și încă se dezbate oportunitatea unor transformări radicale. Nu este obiectivul acestui capitol să analizăm politica de sănătate a României dar, consider util să oferim o privire generală asupra sistemului de sănătate, în special în comparaţie cu alte state europene. O analiză a cheltuielilor publice sociale în România, o plasează pe ultimul loc între ţările membre ale Uniunii Europene (vezi Tabelul 1). Am inclus și alte ţări din afara Uniunii Europene pentru a avea termen de comparaţie în ceea ce privește investiţia altor ţări în sănătate.

Tabel 1 Cheltuielile cu sănătatea ca pondere (%) din PIB

	2003	2006	2009	2010	2011	2012
Statele Unite	14.49	14.69	16.35	16.38	16.32	16.21
Olanda	8.98	9.97	11.01	11.20	11.22	11.77
Franţa	10.35	10.41	11.17	11.13	11.07	11.16
Elveţia	10.93	10.39	11.00	10.91	11.05	11.43
Germania	10.50	10.26	11.33	11.15	10.87	10.89

Belgia	9.65	9.58	10.65	10.56	10.61	10.89
Danemarca	9.13	9.45	11.04	10.68	10.47	10.59
Austria	9.80	9.74	10.54	10.48	10.24	10.41
Noua Zeelandă	:	8.74	9.84	9.95	10.00	:
Japonia	7.76	8.05	9.42	9.50	9.99	:
Grecia	:	:	10.03	9.34	9.67	9.16
Portugalia	9.17	9.39	10.24	10.15	9.66	:
Spania	7.89	8.09	9.33	9.41	9.27	9.16
Islanda	10.38	9.13	9.64	9.29	9.05	9.04
Suedia	8.91	8.60	9.48	8.97	8.96	9.07
Norvegia	9.38	8.04	9.25	9.07	8.94	9.03
Slovenia	8.11	7.79	8.59	8.58	8.55	:
Australia	7.90	7.98	8.62	8.46	8.55	:
Finlanda	7.77	7.91	8.68	8.56	8.53	8.66
Ungaria	8.29	8.00	7.57	7.83	7.80	7.73
Bulgaria	7.37	6.76	7.06	7.54	7.66	:
Slovacia	:	7.02	8.61	8.48	7.60	:
Cehia	6.85	6.49	7.63	7.24	7.36	7.42
Cipru	6.22	6.03	7.17	7.09	7.27	7.26
Coreea de Sud	4.91	5.78	6.84	6.97	7.09	7.28
Croația	:	:	:	:	7.08	7.04
Luxemburg	7.07	6.69	7.63	7.19	6.94	6.77
Lituania	:	5.83	7.43	6.89	6.56	6.37
Polonia	5.98	5.85	6.72	6.55	6.39	6.33
Estonia	4.88	4.97	6.65	6.27	5.75	5.81
Romania	**5.22**	**5.04**	**5.59**	**5.82**	**5.51**	**5.46**

Sursa: Eurostat 2016

Un alt indicator, „*conform HFA Database, în iulie 2013, cheltuiala cu sănătatea de sub 1000 USD PPP*[1]*/cap de locuitor, plasează România pe ante-penultimul loc din Europa, imediat înaintea Albaniei și Republicii Macedonia* „[2] (European Health for All database (HFA-DB) *http://www.euro.who.int/ en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all- database-hfa-db*).

Așadar, cifrele indică clar că politicile de sănătate din România sunt extrem de slab finanțate și, în consecință, rezultatele în ceea ce privește starea de sănătate a populației sunt îngrijorătoare. **Strategia Națională de Sănătate** publică o analiză detaliată a sistemului de sănătate cu câteva concluzii importante.

> *„Investigarea alocării resurselor în cadrul sistemului, relevă un tipar relativ constant de alocare a resurselor financiare între segmentele sistemului de sănătate cu ponderea dominantă a fondurilor dirijate către spitale și un procent mic destinat asistenței extraspitalicești. Astfel, în 2010, spitalele au consumat peste 50% din bugetul public pentru sănătate, în timp ce asistența primară a primit mai puțin de 7%, îngrijirile pe termen lung având un procent neglijabil, modelul ce s-a perpetuat și în anii mai recenți.“*
>
> (Strategia națională de Sănătate 2014-2020[2])

Concluziile publicate în Strategie provin din diferite studii realizate in perioada 2011-2012 (*Banca Mondială, NICE*)[2] și delimitează **principalele probleme ale sistemului medical românesc**: subutilizarea serviciilor de medicină primară și de prevenție, utilizarea ridicată a serviciilor spitalicești, deficit de venituri în sistemul de asigurări.

În ceea ce privește profilul stării de sănătate a populației, România are o populație cu o speranță de viață scăzută față de media

1 Paritatea puterii de cumpărare

europeană (aflându-se pe penultimul loc în Uniunea Europeană) și cu diferenţe semnificative între urban și mediul rural. Standardul de viaţă este mai scăzut în mediul rural.

În ceea ce privește profilul bolilor se poate vorbi de „*o povară relativ mare a bolilor cronice*“ (cardiovasculare sau neoplasme), caracteristică ţărilor dezvoltate dar și o incidenţă crescută a bolilor cronice transmisibile (HIV, tuberculoză, hepatite B si C etc.). O indexare a principalilor factori determinanţi pentru starea de sănătatea a populaţiei (factori socio-economici, ocupaţionali și de mediu și factori comportamentali individuali) indică o importanţă specială a domeniului social și economic în starea de sănătate ale populaţiei [2].

16.3. Principalii factori în satisfacţia profesională

Tinerii, la vârsta adolescenţei își aleg profesia din considerente raţionale (aptitudini, dorinţa de a avea o stabilitate financiară și/sau un statut socio-economic) sau din motive mai puţin raţionale (imaginea profesionistului din domeniu, uneori chiar vestimentaţia, recomandările unor prieteni/vecini), așa cum s-a mai arătat deja.

În general, alegerea nu presupune o cunoaștere temeinică a domeniului sau a propriilor aptitudini sau abilităţi. Discuţiile din ultimul timp, referitoare la importanţa includerii pachetelor de orientare vocaţională în cursurile de liceu iau în considerare o mai bună concordanţă între abilităţile individuale și oferta școlară atât pentru a evita abandonul facultăţii cât și pentru o mai bună pregătire pentru piaţa muncii. Meserii care implică o muncă directă cu omul necesită anumite aptitudini de comunicare dar și de empatie.

Experienţa mea de la Catedra de Asistenţă Socială, Universitatea București mi-a arătat că și în cazul acestei profesii există uneori

studenţi mai puţin pregătiţi și informaţi în legătură cu conţinutul muncii lor viitoare. Într-o oarecare măsură, profesiile de asistent social și profesionist în domeniul medical (medic, asistent medical) pot fi comparate.

Activitatea de practică și contactul cu persoane aflate în dificultate, având adesea probleme grave de sănătate sau comportament, dar și slaba capacitate individuală de a le trata corect profesional a descurajat uneori studenţii din primii ani, care s-au orientat, în măsura posibilităţilor către domenii conexe (resurse umane, vânzări, publicitate, marketing etc.).

Perioada de tranziţie a tinerilor către o viaţă independentă este una extrem de dificilă, iar orientarea în carieră, așa cum s-a arătat deja, este o dimensiune esenţială a vieţii lor[5].

Alegerea domeniului medical a fost influenţată de statutul social înalt al medicului, respectat de comunitate pentru serviciile aduse oamenilor. Dorinţa de a face bine și satisfacţia vindecării sunt în

sine factori esenţiali în alegerea acestei profesii. În perioada de aur a medicinei, statutul social al medicului a fost timp de secole unul elevat, cu personalitate și prestigiu [1].

După apariţia noii revoluţii epidemiologice și în consecinţă a pieţei medicale moderne s-a constatat o depreciere a statusului social și a influenţei în societate a cadrelor medicale [1][6]. În perioada comunistă, în România, medicul avea un statut înalt, dispunea de un capital de relaţii construite din interacţiunea medic-pacient [7].

Raritatea resurselor din acea perioadă a condus la construcţia unei societăţi bazate mai puţin pe o economie și o piaţă clasică. Întrucât societatea comunistă funcţiona nespecific, banii nu reprezentau principala resursă utilă, ci schimbul de servicii între medic-asistent medical-profesor-lucrător în comerţ etc. În schimb, alte profesii care nu presupuneau un contact direct cu clientul-elevul-pacientul nu dispuneau de beneficiile resurselor relaţionale, în ciuda unui statut de intelectual [1].

Și în zilele noastre, în România, profesia de medic rămâne cea mai respectată, în percepţia populaţiei, fiind urmată de cea de profesor și cercetător (*http://www.daedalusonline.ro/ stiri/62-studiu-profesorii-din-romania-sunt-respectati-de-parinti-dar-nu-si-de-elevi*).

În continuare, voi trece în revistă câteva cercetări empirice care au avut ca obiectiv identificarea factorilor determinanţi pentru satisfacţia și implicit motivaţia în profesia de medic, aşa cum s-au identificat în diferite studii.

Ţările dezvoltate economic, au un domeniu medical modern, cu investiţii majore în resursele umane dar și în tehnologie. Apare în consecinţă domeniul bine dezvoltat al cercetării în medicină.

Pe lângă cercetarea fundamentală și aplicată, care are ca obiectiv identificarea de noi tratamente/medicamente pentru anumite

afecţiuni s-au realizat şi numeroase studii cu privire la resursele umane din domeniul medical.

Este cunoscut că, în orice profesie eficienţa şi rezultatele obţinute sunt determinate în mare măsură de implicarea şi mulţumirea resurselor umane.

În cazul medicinii satisfacţia nu are implicaţii directe doar în eficienţa muncii. Prin confortul psihologic al personalului poate conduce la relaţii funcţionale între personalul medical şi pacient dar şi între membrii echipelor medicale.

Analiza literaturii de specialitate a avut ca scop identificarea principalilor predictori pentru satisfacţia cu locul de muncă a personalului din domeniul medical. Studiind jurnalele ştiinţifice naţionale şi internaţionale am observat că în România s-au realizat relativ puţine cercetări în domeniu.

În schimb, în ţările dezvoltate, există multiple studii academice care abordează acest subiect, cu demersuri empirice serioase, inclusiv eșantioane naţionale de medici[8][9][10][11] sau abordări calitative în profunzime ale caracteristicilor profesiei[12][13].

Un studiu realizat în Colorado, Massachusetts, North Carolina, Texas, Washington, și Wisconsin (Statele Unite ale Americii) a arătat că există diferenţe semnificative în ceea ce privește nivelul de satisfacţie al medicilor. Cu toate că majoritatea aveau un nivel relativ ridicat de satisfacţie în ceea privește practica medicală erau și medici care raportau un nivel mai scăzut.

Rezultatele arată că medicii erau cu atât mai satisfăcuţi cu cât percepeau nivelul serviciilor medicale furnizate ca fiind de calitate și cu atât mai puţin satisfăcuţi cu cât percepeau nivelul serviciilor necorespunzător pregătirii lor și necesităţilor pacienţilor[14].

Un studiu recent realizat în România în trei localităţi din ţară: București, Craiova și Pitești, identifică principale elemente percepute

de medicii stomatologi ca fiind importante în munca lor, privind climatul de muncă: „*aprecierea muncii personale, atmosfera plăcută din cabinet, lucru într-o echipă cu alţi colegi competenţi*“ [15].

Predictorii negativi sunt legaţi de absenţa posibilităţilor de formare profesională și educaţia medicală continuă [15].

Un alt studiu realizat în Norvegia în anul 2005 a urmărit longitudinal nivelul de satisfacţie al medicilor dorind să verifice o ipoteză conform căreia nivelul general de satisfacţie al lor ar fi scăzut între anii 1994 și 2002. Ipoteza nu a fost confirmată, nivelul de satisfacţie crescând semnificativ în timp[16].

Comparând satisfacţia cu profesia pe diferite specialităţi medicale s-a constatat că medicii psihiatri și medicii de familie *(primary care)* raportează cele mai înalte niveluri de satisfacţie iar cea mai slabă satisfacţie faţă de medie apare la medicii anestezişti și la internişti.

O altă analiză a predictorilor satisfacţiei medicilor cu locul de muncă indică un grad mai mare de satisfacţie pentru cei care lucrează în mediul privat faţă de cei care lucrează în sistemul public de sănătate[17]. Am considerat că această diferenţiere are relevanţă, studiul fiind realizat într-o ţară cu discrepanţe mari între cele două sisteme (India).

Personalul medical (medici și asistente medicale) este adesea supus unui stres profesional mare, situaţie care adesea poate conduce la afecţiuni mentale sau chiar la căderi grave psihice, sindromul *burnout* fiind deja descris anterior. Acest risc crescut a fost evaluat urmărind relaţia dintre calitatea vieţii personalului medical și probabilitatea de a fi afectat psihologic [18][19].

În Taiwan, calitatea vieţii personalului medical este evaluată ca fiind una scăzută în comparaţie cu media naţională a populaţiei. Predictori importanţi pentru sănătatea psihică a personalului medical sunt fie legaţi de viaţa de familie (ex. divorţul are o

influenţă negativă) fie de apartenenţa la categoria farmaciştilor sau a asistentelor/asistenţilor medicali. Medicii par, ca urmare a rezultatelor studiului, a avea nivelul cel mai scăzut al probabilităţii de a fi afectaţi psihologic.

Un alt studiu realizat în Taiwan a arătat că un alt efect important asupra bunăstării mentale a personalului medical îl poate avea o ameninţare de pandemie, o alertă epidemiologică gravă.

În 2003, apariţia SARS (Sindromul respirator acut sever) a condus la o afectare majoră a personalului medical[20]. Aproximativ 75% din personalul medical inclus în eșantion prezenta simptome somatice și cognitive severe de anxietate. Ameninţarea unui bio-dezastru a condus la o perioadă de vulnerabilitate personală și insecuritate pentru personalul medical expus la contactul direct cu persoanele infectate. Efectele psihologice sunt comparabile cu cele ale ameninţărilor de bioterorism [21]. Rezultatele confirmă diferenţele în ceea ce privește nivelul de stres profesional perceput în relaţie cu specializarea medicală.

Acest subcapitol a trecut foarte pe scurt în revistă rezultatele unor studii cu privire la nivelul de satisfacţie a profesioniștilor din domeniul sănătăţii. Ca o concluzie, putem identifica câteva elemente comune care determină nivelul de satisfacţie:

- Calitatea vieţii personale (nivel de trai, venituri, locuinţă, viaţă personală, statut marital ș.a.m.d.);
- Apartenenţa la sistemul privat/public de sănătate;
- Accesul la formare profesională;
- Poziţia în carieră;
- Percepţia asupra calităţii serviciilor medicale oferite;
- Atmosfera percepută din echipa medicală și de la locul de muncă (climatul profesional);
- Domeniul/specializarea medicală.

16.4. Soluţii/strategii pentru creșterea calităţii vieţii personalului din domeniul medical

Poate fi migraţia externă o soluţie?

Începând cu anul 1990 migraţia din spaţiul fost-comunist către Vest a fost într-o continuă creștere cunoscând câteva valuri succesive datorate în special schimbării regimului vizelor.

După intrarea în Uniunea Europeană, pentru forţa de muncă din România, accesul pe pieţele occidentale a fost înlesnit prin legislaţia europeană. Experienţa altor state europene proaspăt acceptate ca membre ale Uniunii Europene a oferit o imagine relativ clară a potenţialul risc de migraţie masivă a personalului din domeniul medical [22].

Date statistice oficiale care să ne ofere o dimensiune clară a fenomenului migraţiei medicilor și a personalului medical din România nu am identificat. Înregistrarea migraţiei se realizează în ţara de destinaţie, iar o statistică corectă ar trebui să integreze date din ţara de origine cu datele de la destinaţie.

Am identificat totuși date indirecte oferite de Colegiul Medicilor, într-un comunicat prin care se dorea să se atragă atenţia asupra acestui fenomen extrem de îngrijorător pentru sistemul medical din România.

Doar în 2014, Colegiului Medicilor i s-a solicitat eliberarea a 2450 de certificate profesionale pentru a putea lucra în străinătate. Marea majoritate a solicitanţilor erau medici de medicină de familie, dar și cu specialităţi de chirurgie, pediatrie, radiologie-imagistică, cardiologie ș.a.m.d.

Numărul de medici din România este în declin, între anii 2010 și 2013 înregistrându-se o scădere de 3000 de persoane (*Eurostat 2016 http://ec.europa.eu/eurostat*).

Asemănător este cazul migrației asistenților medicali și a moașelor. Dacă în 2007, după intrarea României în UE numărul asistenților medicali care solicitaseră certificatele de pregătire profesională era de 4608 persoane, în primul semestru din 2015 numărul solicitărilor a fost de 1057 [23]. Numărul personalului medical cu studii medii a scăzut cu aproximativ 8500 între 2010 și 2014 (*www.insse.ro*). Migrația împreună cu înghețarea angajărilor în sistemul bugetar în perioada de criză economică au condus la acest fenomen de scădere a efectivului personalului medical.

Importul de medici în țările dezvoltate a apărut ca urmare a unei crize în sistemele lor de sănătate, cu un deficit de resurse umane calificate, fie ca urmare a migrației către țări și mai dezvoltate cu oferte mai bune, sau ca urmare a modificărilor demografice.

Îmbătrânirea populaţiei este însoţită de o creştere a incidenţei anumitor afecţiuni și implicit de o nevoie sporită de personal medical sau de îngrijire specializat. Principalele motive pentru care personalul medical ia decizia de emigrare sunt: salarii mai bune, oportunităţi de carieră, oportunităţi de formare și cursuri profesionale [24][25].

Anumite măsuri legislative (în special pentru ţările OECD) au luat în considerare efectele nedorite suportate de ţările de origine a forţei de muncă importate. „*Burse pentru studenţii străini admiși în facultăţile de medicină, dezvoltarea de proiecte comune și împărtășirea de cunoștinţe cu ţările de origine, susţinerea transferului de tehnologie medical și încurajarea medicilor imigranţi să își ia un an sabatic pe care să îl petreacă în ţara de origine*“ sunt doar câteva exemple de măsuri care ar putea compensa parţial problemele apărute ca urmare a migraţiei masive a medicilor[24]. Având în vedere integrarea României în Uniunea Europeană și implicit acceptarea principiilor liberei circulaţii, singura soluţie care ar putea stopa migraţia masivă a resurselor medicale din România este legată de oferirea de programe naţionale care să motiveze și să stimuleze decizia medicilor de a rămâne în ţară.

Problematica migraţiei este extrem de complexă și nu poate fi epuizată cu această ocazie. Factorii care determină decizia de a migra a unei persoane nu poate fi explicată simplu. De aceea, ţări de destinaţie pentru medicii români (Marea Britanie, Italia, Germania etc.) sunt la rândul lor ţări de origine pentru personalul medical imigrant din Noua Zeelandă sau Statele Unite ale Americii. Dacă personalul medical din ţara noastră pleacă în căutarea unei calităţi a vieţii mai bune, migranţii din Marea Britanie pot pleca în Noua Zeelandă sau Australia pentru o climă mai însorită[9].

Migraţia personalului calificat pare să fie mai bine primită, în comparaţie cu migraţia celor slab calificaţi sau necalificaţi. Cu toate acestea, se menţin diferenţele între medicii care au absolvit

în țările respective în comparaţie cu cei care provin din alte sisteme medicale[26].

Începând cu 2010, către Marea Britanie a migrat un număr mare de medici din țările fost comuniste: România, Bulgaria, Ungaria și Polonia[22].

Doar numărul medicilor proveniţi din România a depășit cifra de 2000 în perioada 2008-2013[22]. Dacă sistemul medical din Marea Britanie a acceptat ușor medicii din țările care au aparţinut fostului bloc comunist, alte țări, ca Olanda au considerat adesea inferior sistemul educaţional de sănătate din țările de origine și au integrat cu dificultate medicii imigranţi, după un sistem de evaluare complex.

De asemenea, începând cu vara anului 2014, în Marea Britanie, pentru medicii proveniţi din țări care nu sunt vorbitoare de limba engleză se solicită un atestat de limba engleză, pentru a putea fi angajaţi. Deși, emigrarea pare o soluţie simplă și dezirabilă, accesul pe piaţa europene a muncii a medicilor din România începe să se îngreuneze. Vom vedea ce repercursiuni va aduce Brexit-ul în acest domeniu al migrației halatelor albe, după 23 iunie 2016.

Voluntariatul, sursă de creștere a satisfacţiei profesionale

„Dacă fiecare ins ar activa fără gândul recompensei,
pământul ar fi un rai!“
— Mircea Eliade

O resursă importantă pentru creșterea satisfacţiei o poate reprezenta voluntariatul. În special, în cazul medicilor și asistenţilor medicali, în ultimii ani au apărut numeroase cazuri de muncă voluntară. SMURD este un exemplu extrem de elocvent. Între 1994 și 2000

linia de urgenţă SMURD a medicilor și paramedicilor a funcţionat voluntar.

După anul 2000, personalul a fost parţial plătit, iar în prezent toţi paramedicii, studenţi la medicină lucrează voluntar. Informaţiile de pe site-ul *www.smurd-cluj.ro* arată că de la înfiinţarea serviciului și până în prezent au lucrat 1200 de paramedici voluntari.

Munca voluntară este o reprezentare a solidarităţii sociale[27] și, în cazul în care nu este obligatorie, (ex. situaţia din perioada comunistă) poate creşte satisfacţia voluntarilor, reprezentând „*o recompensă în sine*“ [28]. Un exemplu foarte bun îl constituie eseul unei asistente, educator perinatal într-o asociaţie pentru sănătatea mamei și a sugarului și care lucrează de asemenea ca voluntar într-un centru pentru copii abandonaţi:

De multe ori sunt întrebată cum de fac faţă ritmului alert de zi cu zi, fiind asistent medical într-un spital foarte mare, educator perinatal într-o fundaţie cu multe proiecte, dar și soţie și mamă. Mai ales că turele de zi și noapte din spital sunt solicitante, nu doar din punct de vedere fizic, dar și psihic.

Nu poţi face faţă profesiei de cadru medical dacă nu eşti dedicat total, pentru că priveşti, atingi și respiri suferinţa. Momentele tensionate în care conştientizezi că nu mai poţi face nimic pentru omul din faţa ta, se împletesc cu momentele de bucurie, când, un pacient este vindecat și externat. Momentul când revine la control și-ţi mulţumeşte pentru tot ce ai făcut pentru el, cât timp a fost spitalizat, este cea mai mare mulţumire pentru suflet.

O mare bucurie trăiesc și în zilele când nu sunt la spital și petrec ore în cadrul Asociaţiei SAMAS, care se ocupă de sănătatea mamei și a sugarului, organizând cursuri perinatale și consiliere, sub formă de proiecte sociale în toată ţara.

Aici fac parte dintr-o echipă tânără și entuziastă, și acord ajutor, sfaturi și consiliere mamelor aflate în situaţii defavorizate. Femei fără venit, sau doar cu ajutor social, femei fără locuinţă, cazate în centre maternale, tinere minore gravide, cu sau fără soţi sau părinţi, femei de etnii defavorizate, fără educaţie, toate au nevoie de ajutor, de o vorbă bună, de susţinere, dar și mai important, de educaţie, pentru a trece cu bine peste perioada plină de provocări, perioada maternală.

Nu de cursuri de matematică sau limba română,au nevoie, ci de cursuri de igienă, naștere, puericultură, de alăptare, de diversificare, acordate gratuit. Aceste femei se confruntă zi de zi, nu doar cu lipsurile, dar și cu judecata semenilor și cu marginalizarea.

Din cauza ideilor preconcepute sau a gândirii limitate, foarte mulţi oameni le jignesc, le stigmatizează și le consideră inferioare, nedemne de respect. Am petrecut si petrec multe ore în mijlocul lor și știu că și ele, ca orice mamă, au temeri, trăiri, suferinţe, nevoi, dar mai ales întrebări fără răspuns și nevoie de ajutor. Asta încerc să fac eu, în orele petrecute cu ele. Să le arăt că sunt mame iubitoare, puternice și-și pot crește copiii frumos și simplu, chiar dacă nu au bani. Un bebeluș are nevoie de lapte matern, care este gratuit, de un lighean simplu pentru băiţă și de câteva haine donate de rude sau prieteni. În rest, braţele iubitoare ale mamei, dragostea și atenţia ei, îl fac cel mai fericit copil.

Dar pentru că simţeam că aceste două activităţi nu sunt de ajuns pentru mine, am hotărât, ca în timpul liber rămas, să mă implic în ajutarea unui centru care adăpostește copii aflaţi în situaţii grele de viaţă. Propunerea venită din partea unui grup de prieteni, a fost ca o mănușă și am răspuns prezent, ca voluntar.

Din păcate, la noi în țară, se crede că cel mai greu este să fii copil orfan. Pentru copiii de acest fel, se creează case speciale, legi speciale de adopție, de educație sau de plasament. Dar ce fac copiii care au și mamă și tată, dar trăiesc o viață de exploatare, maltratare si abuz? Abuzul fizic și psihic pe care-l simte un copil minor, abuz venit tocmai din partea celor ce ar trebui să-l apere, este covârșitor. Lipsa educației, lipsa alimentației echilibrate, lipsa suportului emoțional, lipsa unor exemple pozitive în viața lui, duce acest copil la disperare. El învață de mic că trebuie să fure, să se drogheze, să bea, să se prostitueze și să devină violent, pentru că doar așa poate supraviețui. Tragedia acestor copii este fără margini pentru că speranța lor într-o viață mai bună este inexistentă.

În timp ce copiii abandonați au șanse reale la o viață mai bună prin sistemul de adopție, copiii cu părinți drogați, hoți, prostituați, sau alcoolici, nu au decât condamnarea pe viață la chin. Legea spune că părintele trebuie decăzut din drepturi dar acest proces este unul lung și anevoios ce trece prin mormane de hârtii, dovezi și multe absurdități. Nimeni nu este interesat să-și consume timpul și energia pentru a face asta. Deci, sute și mii de copii rămân victime ale propriilor părinți, părinți ce beneficiază nestingheriți de alocația copiilor, dar și de toate avantajele, neoferind în schimb nimic bun acestora. Dimpotrivă, copiii sunt închiriați caselor de prostituție ilegale, chiar de la vârste de 4-5 ani și sunt abuzați, bătuți, violați, folosiți la cerșit și la tot felul de munci.

Sunt mândră că fac parte dintr-un grup de oameni inimoși și dedicați ce ajută un centru în care copiii neînfiabili sunt aduși și salvați din lanțurile părinților, din ruine, grajduri sau canale. Inițiativa aparține unei femei minunate, care inițial a salvat 4-5 copii, apoi 10 și treptat a ajuns să

numere 40 de copii. Acest lăcaș nu este în administrarea statului pentru că statul spune că acești copii au părinți. Așa că, această femeie, fără ajutorul nostru, al voluntarilor nu ar putea să asigure cele 40 de mese de trei ori pe zi sau rechizite, haine, produse de igienă și multe altele necesare copiilor. Așa că îmi dedic timpul liber acestora, oferindu-le ajutor material dar și suport afectiv.

Oamenilor care spun că este obositor sau deprimant și nu au curajul să se implice în asemenea activităţi, vreau să le spun că nu știu ce pierd. Satisfacţiile sunt enorme. Te încarci cu energie pozitivă la fiecare activitate cu copiii. Zâmbetele lor nevinovate, mânuţele lor mici în jurul gâtului tău când te îmbrăţișează de bun venit în casa lor, chiotele de veselie și aplauzele la venirea vizitatorilor ce le aduc câte ceva, îţi umplu sufletul de bucurie. Ei dăruiesc dragoste necondiţionat.

Doar trăind aceste momente poţi înţelege. Dar, eu sunt doar o mică piesă dintr-o mașinărie dornică să ajute și să schimbe ceva în vieţile unor copii, pentru că până la urmă ce fac părinţii lor nu mai putem schimba, dar putem schimba educaţia, idealurile, speranţa de mai bine și dorinţa copiilor de a învăţa și de a trăi frumos. Îmi doresc să existe din ce în ce mai multe piese, care unite să poată crea un ansamblu minunat, un ansamblu ce schimbă lacrimile în zâmbete". – Izabel Gavrilă, asistent medical generalist, Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central „Carol Davila", secţia neurologie, București.

Iată și câteva site-uri pentru voluntariat:

1. http://rmhcsc.org/camp/page/volunteer-doctors-and-nurses
2. http://www.assoc.ro/voluntariat/
3. http://www.volunteerforever.com/

4. http://everynurse.org/volunteering-abroad/
5. http://www.projects-abroad.org/doctors-without-borders-alternative/
6. http://www.doctorsworldwide.org/volunteer/
7. http://www.unitedplanet.org/healthcare-volunteer-abroad
8. https://www.gooverseas.com/volunteer-abroad/seniors

Strategia pentru îmbunătăţirea sistemului de sănătate

Dezvoltarea resurselor umane din domeniul medical reprezintă unul dintre punctele și propunerile de măsuri din cadrul Strategiei Naţionale de Sănătate 2014-2020[2].

O foarte simplă analiză de frecvenţă a principalelor concepte din cadrul acestui document ne arată o orientare explicită către zona de intervenţie și secundar către prevenţie și dezvoltarea resurselor umane. Practic am numărat de câte ori apar aceste cuvinte, în cadrul documentului (aproximativ 56000 cuvinte în total). Cele mai frecvente concepte sunt grupate pe următoarele dimensiuni:

Afecţiuni:	*spital/spitalizare (165)*
	afecţiune/afecţiuni (32)
	diagnostic (40)
	diferite nume de boli (191)
	boală/boli (174)
	clinic (37)
Medicamente și tehnologii medicale	*medicament (30)*

Urgenţă:	*tehnologie medicală (14)*
	urgent/ţă (59)
	SMURD (7)
	ambulanţă (7)
Resurse umane:	*asistent medical (2)*
	medic/medici (19)
	formare profesională (45)
	migraţie (5)
Unităţi de îngrijire medicală:	*spital (165)*
	cabinet (9)
Prevenţie:	*informare/conştientizare a populaţiei (20)*
	prevenţie/prevenire(97)
	comunitate (17)
	vaccinare (46)
	promovare (45)
	testare (12)
Cercetare/dezvoltare	*cercetare/cercetător (55)*
	dezvoltare (128)
	studiu/studii (30)
	investigare (2)
Pacient	*pacient (36)*
	bolnav (4)

Sursa: Strategia Naţională de Sănătate 2014-2020[2] (analiza autorului)

După cum se poate observa din această analiză simplă de frecvenţă, apare evident hiperspitalizarea despre care se vorbea şi în concluziile studiilor care susţin strategia. Se menţionează însă măsuri care susţin o reformă a zonei spitalelor.

În ceea ce privește zona resurselor umane se propun măsuri care ar putea rezolva în mare măsură atât deficitul de medici cât și calitatea scăzută a vieții acestora. Riscul de emigrare externă este menționat și sunt prevăzute câteva soluții pentru perioada 2014-2020:

> *„Identificarea și implementarea – inclusiv cu implicarea autorităților locale – de strategii sustenabile de atragere și retenție a medicilor și asistenților medicali în sistemul de sănătate românesc mai ales in specialitățile și zonele deficitare, precum:*
>
> - *organizarea rezidențiatului pe post susținut și facilități din partea comunităților locale;*
> - *acordarea unor facilități la deschiderea cabinetelor medicale, medicilor de familie și medicilor din ambulatoriul de specialitate, centrelor multifuncționale, inclusiv diminuarea redevențelor la un nivel acceptabil și coplata la utilități;*
> - *asigurarea de condiții suplimentare motivante pentru deschiderea de cabinete medicale în zonele defavorizate".*
>
> (Strategia Națională de Sănătate 2014-2020)

În ceea ce privește evaluarea gradului de implementare și a rezultatelor obținute, probabil vor trebui așteptați câțiva ani. În orice caz măsurile propuse prin această strategie a Ministerului Sănătății încearcă să alinieze și țara noastră la sistemele europene de sănătate.

Bibliografie

[1] W. Cockerham, „The Contemporary Sociology of Health Lifestyles," in *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, 2015.

[2] Ministerul Sanatatii, „Strategia Naţională de Sănătate 2014-2020," 2014.

[3] I. Marginean and M. Vasile, *Dictionar de calitatea vieţii*. Bucuresti: Expert, 2015.

[4] M. Bullinger and J. Quitmann, „Quality of life as patient-reported outcomes: Principles of assessment," *Dialogues Clin. Neurosci.*, vol. 16, no. 2, pp. 137–145, 2014.

[5] M. Iacovou, „Leaving home: Independence, togetherness and income," *Adv. Life Course Res.*, vol. 15, no. 4, pp. 147–160, 2010.

[6] B. Hinote and J. A. Wasserman, „Reflexive Modernity and the Sociology of Health," no. March 2016, 2013, pp. 41–59.

[7] I. Rebedeu and C. Zamfir, *Modul de viaţă şi calitatea vieţii*. Editura Politică, 1982.

[8] S. A. Ali Jadoo, S. M. Aljunid, I. Dastan, R. S. Tawfeeq, M. A. Mustafa, K. Ganasegeran, and S. A. R. AlDubai, „Job satisfaction and turnover intention among Iraqi doctors – a descriptive cross-sectional multicentre study," *Hum. Resour. Health*, vol. 13, no. 1, p. 21, 2015.

[9] R. Gauld and S. Horsburgh, „What motivates doctors to leave the UK NHS for a 'life in the sun' in New Zealand; and, once there, why don't they stay?," *Hum. Resour. Health*, vol. 13, p. 75, 2015.

[10] Y. Liang, H. Wang, and X. Tao, „Quality of life of young clinical doctors in public hospitals in China's developed cities as measured by the Nottingham Health Profile (NHP)," *Int. J. Equity Health*, vol. 14, no. 1, p. 85, 2015.

[11] K. B. J. Blight, „Medical Doctors Commissioned by Institutions that Regulate and Control Migration in Sweden: Implications for Public Health Ethics, Policy and Practice," *Public Health Ethics*, vol. 7, no. 3, pp. 239–252, 2014.

[12] N. Humphries, R. Brugha, and H. McGee, „'I won't be staying here for long': a qualitative study on the retention of migrant nurses in Ireland," *Hum. Resour. Health*, vol. 7, no. 1, p. 68, 2009.

[13] M. Tambor, M. Pavlova, S. Golinowska, C. Sowada, and W. Groot, „Towards a stakeholders' consensus on patient payment policy: The views of health-care consumers, providers, insurers and policy makers in six Central and Eastern European countries," *Heal. Expect.*, pp. 475–488, 2012.

[14] M. W. Friedberg, P. G. Chen, K. R. Van Busum, F. Aunon, C. Pham, J. Caloyeras, S. Mattke, E. Pitchfork, D. D. Quigley, R. H. Brook, F. J. Crosson, and M. Tutty, *Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy*. 2013.

[15] M. Chirca and B. Cornelia, „Așteptările tinerilor medici dentiști privind cariera profesională," *Rev. Română Stomatol.*, no. 43, pp. 327–331, 2014.

[16] M. Nylenna, P. Gulbrandsen, R. Førde, and O. G. Aasland, „Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994-2002.," *BMC Health Serv. Res.*, vol. 5, p. 44, 2005.

[17] D. F. Deeba, D. R. A. Usmani, D. M. Akhtar, D. T. Zahra, and D. H. Rasool, „Job Satisfaction; Among Doctors Working in Public and Private Tertiary Care Hospitals of Lahore," *Prof. Med. J.*, vol. 20, no. 10, pp. 1373–1378, 2015.

[18] J. R. Henly, „The contribution of social support to the material well-being of low-income families," *J. Marriage Fam.*, vol. 67, no. February, pp. 122–140, 2005.

[19] J.-A. Su, H.-H. Weng, H.-Y. Tsang, and J.-L. Wu, „Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff," *Stress Heal.*, vol. 25, no. 5, pp. 423–430, 2009.

[20] M. Y. Chong, W. C. Wang, W. C. Hsieh, C. Y. Lee, N. M. Chiu, W. C. Yeh, O. L. Huang, J. K. Wen, and C. L. Chen, „Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital," *Br.J Psychiatry*, vol. 185, no. 0007–1250, pp. 127–133, 2004.

[21] R. J. Ursano, C. S. Fullerton, and A. E. Norwood, *Terrorosm and Disaster Individual and Community Mental Health Interventions*, vol. 1. New York: Cambridge University Press, 2003.

[22] P. G. P. Herfs, „Aspects of medical migration with particular reference to the United Kingdom and the Netherlands," *Hum. Resour. Health*, vol. 59, no. 12, pp. 1–7, 2014.

[23] C. Vlădescu and V. Olsavsky, „Migraţia Asistentelor Medicale: cazul Romaniei," *Manag. Resur. Um. Manag. în sănătate*, vol. 4, pp. 4–9, 2009.

[24] M. B. Forcier, S. Simoens, and A. Giuffrida, „Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries.," *Hum. Resour. Health*, vol. 2, no. 1, p. 12, 2004.

[25] N. Humphries, S. McAleese, E. Tyrrell, S. Thomas, C. Normand, and R. Brugha, „Applying a typology of health worker migration to non-EU migrant doctors in Ireland," *BMC Hum. Resour. Heal.*, vol. 13, p. 52, 2015.

[26] F. Oikelome and G. Healy, „Gender, Migration and Place of Qualification of Doctors in the UK: Perceptions of Inequality, Morale and Career Aspiration," *J. Ethn. Migr. Stud.*, vol. 39, no. 4, pp. 557–577, 2013.

[27] B. Voicu, H. Rusu, and M. Comșa, „Atitudini față de solidaritate în România," in *Ocupare și incluziune socială*, L. Marina, Ed. Cluj Napoca: Cluj University Press, 2013, pp. 17–44.

[28] S. Meier and A. Stutzer, „Is volunteering a reward in itself?," 2004.

17. Epilog

Credinţele tale devin gândurile tale,
Gândurile tale devin cuvintele tale,
Cuvintele tale devin acţiunile tale,
Acţiunile tale devin obiceiurile tale,
Obiceiurile tale devin valorile tale,
Valorile tale devin destinul tău.
— Mahatma Gandhi

Prima mare fericire din viaţa mea a fost determinată de admiterea la UMF „Carol Davila“, Facultatea de Medicină Generală, în 1983, același an în care absolvisem Liceul de matematică- fizică „Mihai Viteazul“ din Ploiești. Bucuria a fost imensă, ca de altfel pentru toţi colegii mei de clasă, care intraseră la universităţile dorite, câștigându-și locurile printr-o muncă acerbă.

Plângeam de bucurie pentru că succesul era răsunător, atâta timp cât până în 1989, un loc era disputat între 7-10 concurenţi, iar situaţiile în care absolvenţii de liceu intrau după câteva încercări la medicină, sau chiar abandonau visul, nu erau deloc rare.

Gândindu-mă retrospectiv, primul meu pas către medicină l-am făcut în gimnaziu. O însoţeam pe mama la un consult medical și am fost contrariată că, deși așteptam la rând, cineva a intrat înaintea noastră. Ulterior am aflat că este medic și „are prioritate…, ca între colegi“. Această întâmplare m-a făcut să meditez la medicină, ca profesie umanistă, potrivită pentru o ființă delicată și sensibilă cum eram și… sper că mai sunt!

Nu mă vedeam într-o uzină sau întreprindere (căci atunci erau foarte multe), punând umărul la construirea unei „societăţi multilateral dezvoltate". În liceu, am preferat materiile umaniste și, având clemenţa profesorului de matematică, domnul Mateescu, m-am concentrat pe biologie, fizică și chimie.

Alt model l-au constituit romanele despre medici și medicină (căci despre filme cu medici, nu putea fi vorba, în comunism, dată fiind cenzura strictă și programul redus de TV, cu emisiuni ce proslăveau Partidul Comunist cu ai săi minunaţi conducători).

Anii de facultate au coincis cu ultimii ani de comunism, cu bune și cu rele. Am absolvit facultatea în 1989, anul notoriu care a pus capăt teoretic vorbind, epocii comuniste… În același an m-am căsătorit cu Octavian, colegul meu de promoţie și, exact la un an de la cununia religioasă s-a născut fiul nostru Octavian-Mihai, dar divin care ne-a schimbat radical sensul existenţei noastre terestre.

Marea provocare a femeilor de pretutindeni este alegerea între familie și profesie, un echilibru între cele două fiind greu de obţinut. Chiar se spune că „femeile trebuie să facă lucrurile de două ori mai bine ca bărbaţii pentru a fi luate în seamă, noroc că asta pentru noi, este un fleac!"

Astfel, primii cinci ani i-am dedicat mai mult familiei, după care atât eu cât și soţul meu am intrat în rezidenţiat prin concurs, el alegând cardiologia, iar eu neurologia, o îmbinare fascinantă între creier și inimă, între spirit și suflet. Mamele noastre ne-au ajutat foarte mult în creșterea și educaţia copilului, tactul și experienţa pedagogică a unor profesoare spunându-și cuvântul.

Mulţumim Domnului că am crescut în perioada când familia era un nucleu veritabil al societăţii, iar noi iubeam lucrurile simple ale vieţii. O familie unită este un dar inestimabil, fără de care progresul și dezvoltarea fiecărui membru este iluzorie.

Aşadar, anii 1995-2000, au marcat o altă etapă importantă în viaţa profesională, aceea a rezidenţiatului în neurologie, perioadă în care internetul făcea timid primii paşi în Romania, iar telefonia mobilă venea şi ea din urmă, cucerind o popularitate greu de imaginat.

În 1998 se organiza de către Institutul de Boli Cerebrovasculare prin Acad. Prof. Dr Constantin Popa prima Conferinţă Naţională de AVC (stroke), care a coincis cu primul meu an de neurologie şi prima lucrare ştiinţifică susţinută public, sub îndrumarea distinsului profesor.

Nu fac un secret din faptul că în primele două luni de neurologie am fost deprimată, văzând atâta suferinţă printre pacienţi. Dar atmosfera universitară asemeni „lecţiei de anatomie a doctorului Tulp", oamenii minunaţi cu care m-am format, amintindu-l aici pe dl. conf. dr. Sorin Tuţă, al cărui prim rezident am fost, ceilalţi colegi neurologi, au făcut ca depresia să se transforme într-o stare de spirit pozitivă. După primii trei ani de rezidenţiat (respectiv primul an de neurologie, căci în primii doi din cei cinci ani, făcusem stagii în specialităţi tangente), încă nu mă lămurisem cam cu ce se ocupa neurologia!

A trebuit să îmi deschid singură drumurile profesionale, neexistând canalele de informare de care dispunem astăzi. Revista „Viaţa Medicală" mi-a oferit şansa aplicării şi selectării pentru Seminariile Medicale de la Salzburg, organizate de „American Austrian Foundation". Vă daţi seama că, deşi graniţele se deschiseseră din 1989 (până atunci călătoriile în ţările occidentale fiind total interzise), iar dorinţa mea de evadare ca a multora de altfel era imensă, nu am zburat spre vest decât după 12 ani! Astfel, în 2001, la 36 ani, fiind deja proaspăt specialist neurolog, am avut prima ieşire în occident, pentru o săptămână! Îmi aduc aminte că organizatorii ne ceruseră câte o adresa de e-mail şi eu nu aveam atunci abilităţi IT, aşa că am „împrumutat" adresa unei colege!

Printre prezentările interesante susţinute de profesori renumiţi din Austria şi SUA, am avut şi un workshop de IT, în care ni s-a cerut

să identificăm pe un motor de căutare câteva adrese! Am fost debusolată complet, internetul fiindu-mi total străin la ora respectivă.

Orice ieșire te împlinește și te îmbogățește cu experiențele acumulate. Dar de aceasta își dă seama numai cine călătorește. Acolo am aflat de societăţile profesionale europene și americane precum European Neurological Society (ENS), European Federation of Neurological Societies (EFNS), unite astăzi sub egida European Academy of Neurology (EAN), American Academy of Neurology (AAN) si programele de dezvoltare profesională, de care am beneficiat ulterior.

Au urmat zeci de cursuri de educaţie medicală continuă, congrese, conferinţe, simpozioane, interne și externe, căci, cei mai buni profesioniști sunt cei preocupaţi în permanenţă de dezvoltare, transformare, autodepășire.

Din 2000 până în prezent lucrez la Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central „Dr Carol Davila“ București. Aici am colaborat îndeaproape cu șeful clinicii, dl gen.(r) prof. dr Dumitru Constantin Dulcan, o personalitate binecunoscută contemporanilor, cel care a scos campionul din mine și m-a făcut să mă cunosc mai bine, pot spune. Împreună cu colegii mei, dr Gabriel Boeru, dr Emilia Furdu-Lunguţ, dr Cristina-Florentina Pleșa, dr Cătălin Andrei, dr Gabriel Ștefănescu, întregul colectiv de asistente și infirmiere conduse de d-na Ana Dinu, încercăm să formăm o echipă dinamică, flexibilă, armonioasă, care să aline suferinţele și să transmită cunoștinţe și experienţe tinerilor elevi și studenţi.

Viața mi-a răsplătit pe deplin eforturile și sacrificiile. Am dus numele spitalului în care cu onoare lucrez și mă formez pe cinci din cele șase continente, în peste 15 ţări, prin lucrările prezentate la congresele de specialitate. Am scris 12 monografii în calitate de autor sau coautor, peste 100 lucrări ştiinţifice în reviste *peer review*, dintre care unele ISI, am fost subinvestigator în 7 studii clinice naţionale și internaţionale, am obţinut câteva premii și recunoașteri în ţară sau

străinătate. Actual, desfășor și activitate didactică cu studenții și sunt implicată în câteva proiecte naționale și europene.

Practic medicina, cercetarea și pedagogia cu dăruire, deoarece mă hrănesc din rezultatele și satisfacțiile obținute, precum și din mulțumirile pacienților și ale studenților.

Cu speranța că ați parcurs ghidul în cele mai bune condiții și că lectura v-a fost utilă, vă doresc o carieră pe măsura așteptărilor, într-o lume în continuă transformare.

Dacă fiecare am aștepta schimbarea de la cei din jur, evident că aceasta nu s-ar concretiza, așa că începeți cu voi înșivă. Și, nu uitați că, foarte important pentru noi toți, este dezvoltarea simțului civic, deoarece, cum spunea irlandezul Edmund Burke „tot ce-i trebuie răului ca să reușească, este ca oamenii buni să nu facă nimic!"

Să aveți evoluții spirituale, profesionale, precum și împliniri familiale și să luați aminte că „viitorul este suma pașilor pe care-i faceți, inclusiv a celor mici, ignorați sau luați în râs" (Henri Coandă).

Închei cu cuvintele celebrului politician britanic, care a surprins întocmai și trăirile mele legate de cea de a 13-a carte de care îmi leg numele și, pentru care abia aștept să primesc reacțiile cititorilor, mai ales cele critice, căci, nu-i așa, „niciodată n-am învățat de la cei care au fost întotdeauna de acord cu mine":

> *„A scrie o carte este o aventură. La început e o jucărie, un amuzament, apoi devine o amantă, apoi îți devine stăpân și apoi îți devine tiran. Ultima fază este tocmai când aproape că te-ai reconciliat cu propria-ți robie, ucizi monstrul și îl arunci publicului afară."*
>
> — Winston Churchill

București
28 iulie 2016

Sponsor: S.C. FLANDRA COM S.R.L.

Tiparul executat la Monitorul Oficial R.A.

În suita cărților dedicate domeniului medical, remarcăm o apariție de excepție, originală, și anume „Vademecum în cariera medicală". Coordonarea volumului este semnată de dr Carmen-Adella Sîrbu, eminent neurolog, cu un CV impresionant. Împreună cu un ales colectiv de profesioniști din domenii diverse, dar conexe, reușește performanța structurării cărții într-o viziune unitară, integratoare, scrise într-un limbaj accesibil pentru înțelegerea complexității profesiei medicale, cu succesele și cu limitele impuse de o biologie al cărei creator nu este omul! Grafica inspirată, inserarea unor eseuri ale celor care au acceptat să intre în bătălia continuă pentru triumful vieții, în care pacea este exclusă, sunt alte merite care motivează succesul acestui volum. El este un veritabil ghid pentru consiliere profesională în cariera medicală, adresat liceenilor, studenților facultăților cu profil medical, celor care au deja o carieră dar se gândesc la o schimbare din varii motive, și, de ce nu, publicului larg dornic să se apropie de acest domeniu fascinant.

Gl (r.) Prof. dr Dumitru Constantin Dulcan

ISBN 978-606-58-0466-4
9 786062 804664
www.editurauniversitara.ro